

Задача 1:

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 4)

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

-исследование уровня креатинина крови

-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

- предстесовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

4. Какой основной диагноз? ИСБ. Стенокардия напряжения

5. У пациента _____ функциональный класс стенокардии 2

6. У пациента предстесовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 32%. На основании этого следует

- Направить на дополнительные неинвазивные визуализирующие тесты

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 <1,4

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 2:

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 жизни; 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 паравертебральных 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.

130/80

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 3.

Ситуация: 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 течении полгода , сопровождающееся головными болями.

Анамнез заболевания: 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 30лет по ½ пачки сигарет в день , злоупотребление алкоголем отрицает.

Анамнез жизни: 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 выявилась участковому полгода назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт ст ; в анализе мочи выявилась альбуминурия 30мг/сутки.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное . ИМТ -31,8 кг/м. Окружность талии -106 см .Кожные покровы обычной окраски , чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены .ЧДД -16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочной .В легких дыхание везикулярное , хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены , ритмичные , акцент 2 тона над проекцией аорты, шумов нет.ЧСС 72 уд в минуту.АД 160/100 мм рт ст .Живот мягкий безболезненный при пальпации. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

1.Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования (Выберите 5)

-Общий анализ крови

-исследование уровня глюкозы в венозной крови

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

-Уровня креатинина плазмы

-Общий анализ мочи

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4)

-внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД

-электрокардиография покоя в 12 отведениях

-эхокардиография трансторакальная

-ультразвуковое исследование почек

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) Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить в моче уровень
-Альбумина

8) У пациента альбуминурия составляет 100мг/г категория ХБП /

-С3а, А2

9) Антигипертензивную терапию следует начинать с

-комбинации 2-х антигипертензивных препаратов
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 4

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)

-общий анализ мочи

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 5

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. § 140/80

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 6

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

- 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 выявления заболевания почек и оценки сердечно-сосудистого риска 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. 140/80
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 7

Женщина 70 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом

Жалобы на боль в за грудиной 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 за грудиной 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 2)

-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 предварительный диагноз?

ОКСбпСТ

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. Учитывая наличие в анамнезе СД ее следует отнести к группе -----риска неблагоприятного исхода.

-меренного (промежуточного)

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

ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

9) В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

бета-адреноблокатор

10) Коронарографию (КГ) с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда пациентке следует провести -----после госпитализации.

-в течении 72 часов

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 8.

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 2

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

-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 <1,4

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 9

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 3)
 - липидный спектр,
 - 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,
- 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 ____12__ 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

-ЛПНП

12. У пациента СКФ по формуле $СКД-ЕРІ = 59 \text{ мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$, что соответствует категории ХБП С3а

Задача 10.

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 бисопрололом. 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 55-60

9. Учитывая сохранение симптомов стенокардии на фоне терапии бета-адреноблокатором пациентке необходимо включить в схему лечения также - никорандил

10. Целевым для пациентки является АД < ___ мм рт.ст. 130/80

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 11.

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
-Эхокардиография

3) Какой основной диагноз?

-Инфекционный эндокардит

4) По характеру течения у пациента признаки _____ инфекционного эндокардита
-подострого

5) Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии
-Duke

б «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 4
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 12

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

1.методы исследования (выберите 2)

-измерение уровня тропонина I /или тропонина T/или высокочувствительного тропонина
-ЭКГ покоя в 12 отведениях

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

V7-V9

3.Больного необходимо

госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

4.Какой предварительный диагноз?

-ОКСбпСТ

5.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

6.Для определения тактики ведения пациента необходимо оценить риск по шкале GRACE

7.Пациент относится к группе высокого риска неблагоприятного исхода .Пациенту показано/показана

-коронароангиография с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда

8.Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

-ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

9.В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

-бета-адреноблокатор

10.Пациенту показано назначение гиполипидемической терапии ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы или его сочетания с эзентимибом/алирокумабом для достижения целевого уровня ХС ЛНП Менше _____ ммоль /л

-1,4

11.Двойная антитромбоцитарная терапия показана пациенту в течение ____ мес.

-12

12. Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

-отказаться от курения

Задача 13

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 эуфиллина.

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, персистирующая, 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 14. 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 удлиненным 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. Учитывая недостаточный контроль бронхиальной астмы данного пациента возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии _____ препаратов
-антилейкотриеновых

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. Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной должен отслеживать
+суточные колебания пиковой скорости выдоха

9. Мониторинг пиковой скорости выдоха проводится
-ежедневно 2 раза в сутки

10. Лечение рецидива язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, должно
обязательно включать
+препараты для эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*

11. Пациент относится к _____ группе состояния здоровья
- За

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

Задача 15.

Ситуация: Студент обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни .

Жалобы: Озноб, температура тела 39.1 , сильная головная боль в лобной области, боли в
глазных яблоках, мышцах и суставах , тошнота отсутствие аппетита , слабость ,
заложенность носа , першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

Анамнез жизни : Заболел 2 дня назад , когда появилась заложенность носа , першение в
горле , сухой надсадный кашель с болями за грудиной. На следующий день появился
озноб, температура тела 39.1 , сильная головная боль в лобной области , боли в глазных
яблоках , мышцах и суставах, тошнота слабость , отсутствие аппетита.

Объективный статус: При осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица ,
заложенность носа , в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и ее
зернистость. В легких жесткое дыхание , единичные сухие хрипы. Пульс 102 уд/мин,
ритмичный , АД 115/80 мм рт ст . Тоны сердца приглушены . Живот мягкий
безболезненный. Печень и селезенка не увеличены . Менингеальных симптомов нет .

Эпидемиологический анамнез: За 2 дня до заболевания навещал больного товарища.

1. Для этиологического подтверждения диагноза целесообразно назначить

-иммунохроматографический анализ мазков из носоглотки

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

-рентгенография (томография) органов грудной клетки

-электрокардиографии

3. Какой основной диагноз?

-Грипп , средней тяжести, период разгара.

4. Осложнения гриппа являются

-Острый респираторный дистресс-синдром.

5. Дифференциальную диагностику следует проводить с

-парагриппом

6. Препаратами выбора для лечения гриппа являются

-фузии

7. Препаратом специфической терапии , который можно использовать у данного пациента является

-Занамивир

8. Тактика ведения данного больного включает

-Госпитализацию пациента в инфекционное отделение

9. Симптоматическая терапия гриппа включает назначение

-противокашлевых средств

10. Длительность этиотропной терапии при гриппе составляет

-5 дней

11. При гриппе назначение антибактериальных препаратов показано при

- вирусно-бактериальной пневмонии

12. Для химиопрофилактики гриппа, проживающим в общежитии можно рекомендовать

-умифеновир.

Задача 16.

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 °С, сухой кашель, заложенность носа.

Объективный статус При осмотре: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъекцированы, 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. Для постановки диагноза целесообразно провести

-полимеразную цепную реакцию к возбудителям ОРВИ

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. Патогенетическим осложнением гриппа является

-геморрагический отек легких

5. Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с

-респираторно-синцитиальной инфекцией

6. К противовирусным препаратам прямого действия для лечения гриппа относят -

-ингибиторы вирусной нейраминидазы

7. К препаратам с прямым противовирусным действием для лечения гриппа относят

-балоксавир

8. Симптоматическая терапия гриппа включает назначение

-сосудосуживающих препаратов

9. Длительность приема балоксавира составляет

- 1 день

10. Разовая доза осельтамивира при лечении гриппа средней степени тяжести составляет – 75 мг

11. для химиопрофилактики гриппа возможно применение

-умифеновира

12. химиопрофилактика противовирусными препаратами из группы селективных ингибиторов нейраминидазы не рекомендуется, если с момента первого контакта с больным гриппом прошло более ____ часов

-48

Задача 17.

Ситуация: Больной 45 лет обратился в поликлинику

Жалобы: На припухание и боль в правом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении.

Анамнез заболевания: Родился и развивался нормально. Перенесенные операции и заболевания: аппендэктомия. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкогольными напитками (пиво). Сопутствующая патология: страдает 3 года артериальной гипертензией с максимальными подъемами до 170/190 мм рт ст, постоянной терапии не имеет.

Анамнез жизни: Считает себя больным 1,5 года, когда впервые появились интенсивные боли в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению и исчезновению болевого синдрома и восстановлению функции сустава в течении 5 дней. В последующем эпизоды подобных болей возникали после праздничных застолий.

Объективный статус: Телосложение правильное, повышенного питания, рост 174 см, вес 99 кг, ИМТ 32,7 кг/м². Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го плюснефалангового сустава левой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этим же суставом. Симптом

бокового сжатия левой стопы – положительный. Значительное ограничение движений 1-го пальца левой стопы. Внутренние органы без существенных видимых изменений.

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

- анализ крови на мочевую кислоту
- поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

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

- Рентгенограмма левой стопы
- ультразвуковое исследование пораженного сустава

3. Основным диагнозом у больного является.

- Острый моноартрит 1-го левого плюснефалангового сустава

4. При подагре увеличивается риск развития

- сердечно-сосудистой патологии.

5. Основная терапия при остром приступе подагры включает назначение

- Диклофенака или колхицина

6. Для купирования острого приступа подагрического артрита следует выбирать колхицин в дозе

- 1-1,5 мг в 1-й день и 1 мг со следующего дня

7. При наличии противопоказаний и /или неэффективности назначенной терапии при остром приступе подагры можно выбрать

- внутрисуставное введение метилпреднизолона

8. Для длительного лечения больным подагрой назначают

- аллопуринол

9. для длительного лечения подагры, осложнившийся хронической почечной недостаточностью, назначают.

- Фебуксостат

10. Учитывая основное заболевание, в качестве гипотензивного средства, пациенту следует назначить

- Лозартан

11. Больным подагрой нельзя назначать колхицин при

- тяжелом поражении почек

12. Индикатором эффективности лечения подагры служит, снижения уровня

-Мочевой кислоты.

Задача 18.

Больная 23 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы: на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство «скованности» в них, общую слабость, повышение температуры тела до 38.3

Анамнез заболевания: Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не курит, не злоупотребляет алкоголем. Заболевания систем органов отрицает.

Анамнез жизни: Заболела остро 3 месяца назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, повышение температуры тела до 38.3. Вскоре появилась эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами, температура тела снизилась до субфебрильных значений, однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы кистей.

Объективный статус: Температура тела 37.6. Кожные покровы бледные. Увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На слизистых ротовой полости видимые изъязвления, безболезненные. На коже щек и спинки носа яркая эритема с дискоидными высыпаниями. Число дыханий 17 в мин. Органы грудной клетки без патологии. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 120/70 мм рт ст. Печень расположена по краю реберной дуги, при пальпации мягкая –эластичная, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

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

-определение антител к фосфолипидам.

-клинический анализ крови

-клинический анализ мочи

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

-рентгенография органов грудной клетки

3. Основным диагнозом у больной является

- Системная красная волчанка

4. Активность заболевания соответствует _____ степени

- средней

5. Проявление заболевания представлены ниже

- слизистых, суставов, гемолитической анемией, цитопенией

6. Лечение основного заболевания проводят

- гидроксихлорином -200 мг внутрь 2 таблетки в сутки в течение 3 месяцев и далее 200 мг ежедневно, преднизолоном по 25 мг /сут внутрь.

7. При резистентности к лекарственной терапии назначают

- пульс- терапию метилпреднизолоном

8. У больного системной красной волчанкой с высокой иммунологической активностью следует принимать

- белимуаб

9. При данном диагнозе больную должен наблюдать

- ревматолог

10. При высокой степени активности и поражении органов и систем больным системной красной волчанкой назначают

- Цитостатические иммунодепрессанты

11. Обязательным компонентом индукционной терапии при волчаночном нефрите является

- циклофосфамид

12. Беременным с волчаночным нефритом противопоказано назначать

- циклофосфамид

Задача 19.

Больная 58 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы: на нарушение глотания, чувство кома за грудиной после еды, стойкая изжога, усиливающейся в горизонтальном положении, общую слабость, отеки кистей,

периодическую потерю чувствительности и выраженную бледность кончиков пальцев рук на холоде.

Анамнез заболевания: Росла и развивалась нормально . Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. Наследственность: отец умер в возрасте 56 лет. Вредные привычки :курит ½ пачки сигарет в день ,алкоголь не употребляет.

Анамнез жизни: отек кистей, периодическая потеря чувствительности и выраженная бледность кончиков пальцев рук на холоде беспокоит длительное время, к врачам не обращалась. Месяц назад появилось нарушение глотания , чувство кома за грудиной после еды, стойкой изжоги, усиливающейся при горизонтальном положении.

Объективный статус: При осмотре состояние удовлетворительное . Температура тела 36.6. При осмотре кожных покровов обращают на себя внимание отечные мягкие ткани кистей рук, кожа пальцев кистей не собирается в складку. В области рта отмечается складчатость кожи и небольшие телеангиоэктазии. В легких дыхание везикулярное , хрипов нет. Число дыханий -16 в минуту . Тоны сердца ясные ритм правильный , шумов нет. Число сердечных сокращений -76 в минуту. Артериальное давление 115/75мм рт ст . Живот при пальпации мягкий , безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

-определение антинуклеарного фактора

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4)

-мультиспиральная компьютерная томография грудной клетки

-Функция внешнего дыхания

-Рентгенография пищевода с барием

-эхокардиография

3. Показанием для консультации ревматолога служит наличие (выберите 3)

-феномена Рейно

-Отека кистей

-позитивного теста на антинуклеарный фактор.

4. Основным диагнозом у больной является

-системная склеродермия

5. Течение форма и активность данного заболевания соответствует

-хроническому течению , лимитированной форме , низкой активности

6. У пациента выявлено поражение желудочно-кишечного тракта в виде

-гипотонии пищевода

7. У пациентки обнаружены признаки

-легочной артериальной гипертензии

8.Препаратом первого ряда для лечения синдрома Рейно является

-производное дигидропиридина

9.При тяжелом синдроме Рейно и неэффективности стандартной терапии назначают

-илопрост

10.В качестве специфической терапии легочной артериальной гипертензии применяется

-бозентан

11.При поражении кожи для лечения диффузной формы заболевания назначают

-метотрексат

12.В зависимости от течения и степени активности склеродермии реабилитация показана при

-любом течении и степени активности

Задача 20.

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, среднетяжёлое 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

Ша

10) Бронхиальная астма средней степени тяжести устанавливается у пациентов , получающих терапию, соответствующую степени

-3

11) критериями тяжелого обострения астмы является частота дыханий больше ____ в мин
-25

12) Критерием жизнеугрожающей астмы является сатурация меньше

-92

Задача 21.

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 легких – 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)

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 12

11. Кратность осмотра врачом-терапевтом пациента, перенесшего пневмонию, в рамках диспансерного наблюдения составляет 1 раз в ____3__ месяца/месяцев 3

12. При отсутствии патологических клинико-рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдении пациентка переводится в __1__ группу состояния здоровья

Задача 22.

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 А (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**

Задача 23.

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 приеме 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.

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

-б/х анализ крови,

-клинический анализ крови,

-копрограмма.

2. Выберите необходимые для постановки инструментальные методы

-Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Хронический панкреатит токсической этиологии, персистирующая болевая форма с экзокринной и эндокринной недостаточностью. Панкреатогенный сахарный диабет. Нутритивная недостаточность.

4. Для верификации диагноза показано проведение

-мультidetекторной компьютерной томографии органов брюшной полости

5. Консервативная тактика ведения больного включает отказ от курения и алкоголя, купирование болевого синдрома, лечение экзокринной и эндокринной недостаточности и

-нутриитивная поддержка

6. Для купирования болевого синдрома данному пациенту показано назначение —и

-парацетамола

7. Показаниями для заместительной ферментной терапии являются стеаторея, диарея и - потеря в весе

8. Ферментные препараты следует принимать

- во время еды

9. Принципом диеты для пациента является дробный приём пищи с

-высоким содержанием белка и углеводов, низким содержанием насыщенных жиров и холестерина

10. Пациент относится к ____ группе состояния здоровья ШБ

11. К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся непроходимость двенадцатиперстной кишки, обструкция общего желчного протока и

-симптоматические псевдокисты

12. У пациента повышен риск развития

- аденокарциномы поджелудочной железы

Задача 24.

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. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

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 номер - 1

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

9. Пациент относится к группе состояния здоровья -3б

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 25

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 не отягощен.
- 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 эпигастральной 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, 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

·**IIIб**

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

Задача 26.

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 аллергоanamнез 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 3)

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования
Клинический. анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования.

-Эзофагогастродуоденоскопия

3 В данной клинической ситуации .Основным диагнозом является.

-Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит стадия 2

4. В данной клинической ситуации сопутствующей патологией является

Ожирение I степени

5. Рекомендации по изменению образа жизни для данной пациентки включают отказ от курения, уменьшение массы тела и приём пищи

__3-4__ раз/раза в день

6. Продолжительность основного курса лечения ингибиторами протонной помпы в данной ситуации составляет не менее (в неделях)

-8

7. Продолжительность поддерживающего курса лечения ингибиторами протонной помпы в данной ситуации составляет не менее

-16

8. В состав комплексной терапии данного заболевания включают приём

- прокинетики

9. Диетические рекомендации для данной пациентки содержат исключение жирной пищи, шоколада, помидоров и

-кислых фруктовых соков

10. Для повышения эффективности терапии основного заболевания целесообразно к лечению добавить препараты

- биоадгезивной формулы на основе гиалуроновой кислоты и хондроитина сульфата

11. пациентам с рефрактерным течением ГЭРБ рекомендовано

-Проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов

12. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью составляет _

2

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

- 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

Больной А., 19 лет, вызвал участкового врача на дом.

Жалобы на озноб, температуру тела 39С, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, в костях, тошнота.

Анамнез заболевания

Пациент болен 2-й день. К концу 1-го дня заболевания появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

Анамнез жизни: аллергоанамнез: не отягощен. перенесенные заболевания: ОРВИ. Онкологические, венерические заболевания отрицает. эпидемиологический анамнез: 2 дня назад был контакт с больным студентом. Проживает в общежитии.

Объективный статус

- температура тела 38,8°С.
- гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, заложенность носа.
- в зеве разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. На мягком небе милиарная зернистость, на задней стенке глотки гранулезная зернистость.
- кожный покров обычной окраски.
- в легких жесткое дыхание, хрипов нет.
- пульс - 102 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены.
- язык обложен.
- живот мягкий, безболезненный.
- печень и селезенка не увеличены.
- стул оформленный. Дизурии нет.

1.Необходимы исследованием для постановки диагноза является

-иммунохроматография мазков носоглотки

2.Укажите характерные измерения в периферической крови при гриппе

-лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ

3.Какой основной диагноз

-грипп, средней степени тяжести

4.Осложнениям гриппа являются

-пневмония, средний отит, тек мозга

5. Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с
- парагриппом, аденовирусной инфекцией, РС-инфекцией
6. Тактика ведения данного больного включает
- госпитализацию в инфекционное отделение
7. Для лечения неосложненного гриппа используют противовирусные препараты
- осельтамовир, умифеновир
8. Осельтамовир при гриппе назначается по _____ раза в сутки
- 75 мг - 2
9. В качестве противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции проводят
- текущую дезинфекцию
10. Для вакцинопрофилактики гриппа используют
- инактивированные вакцины
11. Вакцинацию против гриппа проводят в _____ период
- осенне-зимний
12. Для внутриочаговой химиопрофилактики гриппа, среди проживающих в общежитии целесообразно рекомендовать
- умифеновир

Задача 29.

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.

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

-бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии,

-ПЦР- диагностика кала,

- КЩС

2. Какой диагноз можно предположить у данного пациента учитывая клинико-лабораторные методы обследования?

-Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

3. У данного больного определяется ___I___ степень обезвоживания

4. Дифференциальную диагностику БПО следует проводить с

- эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, сальмонеллезом

5. Тяжесть течения бактериального пищевого отравления определяется

-степенью обезвоживания

6. Тактика ведения данного больного с бактериальным пищевым отравлением включает

-ведение пациента в амбулаторных условиях

7. Лечебная тактика при бактериальном пищевом отравлении включает назначение –

-энтеросорбентов, регидратационной терапии

8. Средством для пероральной регидратации при бактериальном пищевом отравлении является

-глюкозо-электролитная смесь

9. Средством для парентеральной регидратации при бактериальном пищевом отравлении является

-трисоль

10. Возможным осложнением бактериального пищевого отравления является

-гиповолемический шок

11. Правилom выписки реконвалесцента после бактериального пищевого отравления является

-клиническое выздоровление

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

- 1 неделю

Задача 30.

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 головокругение. 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 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 походу 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.

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

-исследование кислотно-щелочного состояния

-ПЦР- диагностика кала

-бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

2: Какой диагноз можно предположить у данной пациентки, учитывая клинико-лабораторные методы обследования?

-Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

3: У данной больной определяется ____ степень обезвоживания

-II

4: Дифференциальную диагностику бактериального пищевого отравления следует проводить с

-сальмонеллезом, эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом

5: Тяжесть течения бактериального пищевого отравления определяется

-степенью обезвоживания

6: Тактика ведения данной больной с бактериальным пищевым отравлением включает

-ведение пациентки в амбулаторных условиях

7: Лечебная тактика при бактериальных пищевых отравлениях включает назначение

-регидратационной терапии, ферментов

8: Средством для пероральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

-глюкозо-электролитная смесь

9: Средством для парентеральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

-трисоль

10: Возможным осложнением бактериальных пищевых отравлений является

-гиповолемический шок

11: Правилom выписки реконвалесцента после бактериального пищевого отравления является

-клиническое выздоровление

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

-1 неделю

Задача 31

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. Сигмабезболезненная, 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.

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

-анализ кислотно-щелочного состояния

-ПЦР- диагностика кала

-бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

2. Какой диагноз можно предположить у данной больной?

-Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант

3. У данной больной определяется ___II степень обезвоживанияII

4. Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

-эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, кампилобактериозом

ботулизмом, паратифом В, амебиазом

5. Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется степенью обезвоживания и

-выраженностью интоксикационного синдрома

6. Тактика ведения данного больного включает

-госпитализацию в инфекционный стационар

7. Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение

-регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов

8. Средством для пероральной регидратации при сальмонеллезе является

-глюкозо-электролитная смесь

9. Средством для парентеральной регидратации при сальмонеллезе является

-трисоль

10. При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение

-фторхинолонов

11. Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза является

-однократный отрицательный бактериальный посев кала

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

-1 неделю

Задача 32

Вызов врача на дом к пациентке 26 лет.

Жалобы на боли в нижней половине живота, частый жидкий стул с примесями слизи и крови, ложные позывы на дефекацию, общую слабость, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,0 – 38,3 С.

Ситуационная задача №32 ^

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 26 лет.

Жалобы

- на боли в нижней половине живота, частый жидкий стул с примесями слизи и крови, ложные позывы на дефекацию, общую слабость, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,0-38,3°C.

Анамнез заболевания

- Заболела накануне утром, когда появился небольшой озноб, головная боль, отметила повышение температуры тела до 37,7°C.
- Через 2-3 часа появились умеренные боли в животе (преимущественно в его нижней половине), кашицеобразный стул без примесей несколько раз.
- К вечеру состояние больной ухудшилось, боли в животе усилились, приняли схваткообразный характер, стул стал частым, жидким, с обильными примесями вначале слизи, затем крови, температура поднялась до 38,9°C. ^

поднялась до 38,9°C.

- На следующий день появились ложные позывы на низ, стул сохранялся частый (14-15 раз в сутки).

Анамнез жизни

- Временно не работает.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. Гинекологический анамнез неотягощен.
- Вредные привычки: отрицает.
- Замужем, воспитывает двух детей 3-х и 5-ти лет. Дети посещают детский сад.
- Эпиданамнез: за день до заболевания старшую пятилетнюю дочь госпитализировали в инфекционную больницу по поводу КИНЭ.

Объективный статус

- Температура тела 38,2°C. Больная вялая, адинамична.
- Кожные покровы чистые, тургор кожи в норме.
- Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот несколько втянут, при пальпации выраженная болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, уплотненная и резко болезненная сигмовидная кишка. При пальпации живота в других отделах изменений не выявлено.
- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.
- Стул с малым количеством каловых масс, состоит преимущественно из слизи с прожилками крови. Печень и селезенка не увеличены.

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

-бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии,

-ПЦР-диагностика кала

2. Укажите основной диагноз

-острый шигеллез, колический вариант

3. Ведущим механизмом развития диареи при колитическом варианте шигеллезов является

-экссудативный

4. Дифференциальную диагностику шигеллеза следует проводить с

-энтероинвазивными эшерихиозами, неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом

5. при колитическом варианте шигеллеза преимущественно поражаются

- сигмовидная и прямая кишка

6. тактика ведения данной больной включает

- госпитализация в инфекционный стационар

7. лечебная тактика при колитическом варианте шигеллеза среднетяжелого течения включает назначение

- дезинтоксикационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов

8. препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе

- фторхинолонов

9. этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начинать с

- ципрофлоксацина

10. Основным критерием выписки из стационара пациента, после перенесенного шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является:

- однократный отрицательный бактериальный посев кала

11. Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является:

- двукратный отрицательный бактериологический посев кала

12. Диспансерное наблюдение за переболевшими шигеллезом с бактериологически подтвержденным диагнозом, устанавливается в течении:

- 4-6 недель

Задача 33

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 40 лет на 3-й день болезни

Жалобы

На тошноту, боли по всему животу, частый жидкий стул с примесями слизи и крови, общую слабость, жажду, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,0-38,3С.

Анамнез заболевания

Частный предприниматель. Аллергоанамнез: не отягощён. Перенесённые инфекционные и неинфекционные заболевания. Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает. Эпиданамнез: был в служебной командировке, в день начала заболевания возвращался домой поездом, питался в местных кафе, покупал еду «с рук» на железнодорожных станциях.

Анамнез жизни

Заболел остро, когда появился небольшой озноб, головная боль, отметил повышение температуры тела до 39,0С. Одновременно появились схваткообразные боли по всему животу, тошнота, повторная рвота, приносящая кратковременное облегчение. Появился частый жидкий стул (более 10-ти раз), обильный с незначительной примесью слизи и крови. В последующие дни присоединилась и выросла слабость. Появились головокружение и жажда, кратковременные судороги кистей рук.

Объективный статус

Температура тела 38,6С. Больной вял, адинамичен. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Тургор кожи несколько снижен, лёгкий цианоз губ. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, при пальпации боль по всему животу, особенно по ходу толстого кишечника. Пальпируется спазмированная, уплотненная и резко болезненная сигмовидная кишка. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. АД – 100/60 мм рт ст, ЧСС – 92 уд/мин, стул обильный, жидкий, водянистый, с примесями слизи и крови. Диурез снижен. Судороги мышц кистей, кратковременные.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) :**бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии, ПЦР-диагностика кала, КЩС**
2. Укажите основной диагноз :**острый шигеллез, гастроэнтероколический вариант**
3. У данного больного определяется степень обезвоживания: **2**
4. Дифференциальную диагностику шигеллеза следует проводить с: **энтероинвазивными эшерихиозами, неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом**
5. Тактика ведения данного пациента включает: **госпитализацию в инфекционный стационар**
6. Средством для пероральной регидратации при обезвоживании является: **глюкозо-электолитная смесь**
7. Средством для парентеральной регидратации при обезвоживании является: **трисоль**
8. Препарат выбора для лечения шигеллезом относится к группе: **фторхинолонов**
9. Этиотропное лечение шигеллезом целесообразно начинать с: **ципрофлоксацина**
10. Основным критерием выписки из стационара пациента, после перенесенного шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является: **однократный отрицательный бактериальный посев кала**
11. Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является: **двукратный отрицательный бактериологический посев кала**

12. Диспансерное наблюдение за переболевшими шигеллезом с бактериологически подтвержденным диагнозом, устанавливается в течении: **4-6 недель**

Задача 34

Вызов врача на дом к пациенту 20 лет на 5-й день болезни.

Жалобы: на боли постоянного ноющего характера внизу живота, учащенный стул до 3-5 раз в сутки с примесью слизи, общую слабость, отсутствие аппетита, боли в суставах, повышение температуры тела до 38С.

Анамнез жизни: студент колледжа, аллергоанамнез не отягощен, перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает. Эпиданамнез: проживает в общежитии, питается в студенческой столовой. Регулярно употребляет свежие овощи (овощные салаты из капусты, моркови), молочные продукты. Следи студентов отмечены случаи заболевания кишечной инфекцией.

Анамнез заболевания: заболел остро (5 дней назад), когда появился небольшой озноб, головная боль, общее недомогание, отметил повышение температуры тела до 38,8С. Одновременно появились боли по всему животу, тошнота, в течении дня была рвота, приносящая кратковременное облегчение, трижды послабляющий каловый стул. Лечился дома самостоятельно: принимал жаропонижающее, «смекту», без эффекта. В последующие дни указанные жалобы сохранялись.

Объективный статус: температура тела 37,8С. Больной вял, адинамичен. Легкая гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Умеренная гиперемия и отечность кистей и стоп. При осмотре ротоглотки выявлена гиперемия дужек и язычка, язык густо обложен белым налетом. Живот активно участвует в акте дыхания, симметричен, болезненный при глубокой пальпации в правой подвздошной области, где определяется урчание и притупление перкуторного звука. Симптомов раздражения брюшины и аппендикулярной симптоматики не выявлено. Печень и селезенка не увеличены. АД – 110/70 мм рт ст, ЧСС – 100 уд/мин. Стул разжижен, каловый, со скудными примесями слизи. Суставы внешне не изменены, движения в коленных и голеностопных суставах ограничены из-за болей, что более выражено в утренние часы.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2): **бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии, реакция коагуляции (РКА)**
2. Укажите основной диагноз: **иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант**
3. Дифференциальную диагностику гастроинтестинальной формы иерсиниоза следует проводить с: **сальмонеллезом, шигеллезом, эшерихиозами**
4. Дифференциальную диагностику абдоминальной формы иерсиниоза следует проводить с: **острым аппендицитом**
5. Клиническая картина гастроинтестинальной формы иерсиниоза может сопровождаться развитием: **экзантематозного синдрома**

6. Экзантематозный синдром при иерсиниозах характеризуется появлением на: **2-6 день болезни пятнисто-папулезной сыпи, преимущественно на кистях, стопах с последующим шелушением**
7. Препарат выбора для лечения гастроинтестинальной формы иерсиниоза относится к группе: **фторхинолонов**
8. Этиотропное лечение иерсиниозов целесообразно начинать с : **ципрофлоксацина**
9. **При септическом варианте генерализованной формы иерсиниоза целесообразно назначение: комбинированной антибактериальной терапии**
10. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара при неосложненных формах иерсиниоза осуществляется в течении: **1 месяца**
11. Правилom выписки реконвалесцента после иерсиниоза является: **клиническое выздоровление**
12. Инкубационный период при иерсиниозе длится от до: **15 часов; 6 суток**

Задача 35

Пациентка 46 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу на 2-й день болезни

Жалобы - на слабость, головокружение, головную боль, двоение в глазах, «расплывчивость» предметов, неприятные ощущения в животе, сухость во рту, ощущение «кома» в горле.

Анамнез

заболевания

Менеджер в торговом зале. - Аллергоанамнез: не отягощен. - Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. Гипертоническая болезнь 1 ст. Гинекологический анамнез не отягощен. - Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает. - Эпиданамнез: в день заболевания вернулась из трехдневного туристического похода (спали в палатках), употребляла в пищу свежие овощи и фрукты, консервированные туристического похода (спали в палатках), употребляла в пищу свежие овощи и фрукты, консервированные продукты домашнего приготовления (грибы, тушенка), кондитерские изделия, употребляла алкоголь.

Анамнез жизни - Заболела утром, остро с появления тошноты, болей в эпигастральной области, вздутия живота, однократно была рвота, приносящее кратковременное облегчение, отметила появление сухости во рту. - К вечеру появились головная боль, ощущение «кома» в горле, отметила появление «тумана» и двоение предметов перед глазами (не смогла читать обычный газетный шрифт), выросла мышечная слабость.

Объективный статус - Температура тела 36,5°C. Диффузная мышечная гипотония. - Лицо умеренно гиперемировано, амимично, носогубные складки сглажены. - Выраженный двусторонний птоз. Движения глазных яблок ограничены во все стороны, мидриаз умеренный, все зрачковые реакции снижены. - Голос охрипший, «гнусавый», с выраженным носовым оттенком. - Мягкое небо малоподвижно, глоточный рефлекс снижен, поперхивание при глотании воды. Слизистая ротоглотки сухая. Язык обложен желтоватым налетом. Живот умеренно вздут, безболезненный во всех отделах. Стула не было. Печень и селезенка не увеличены. - АД —150/90 мм.рт.ст, ЧСС — 84 уд. в мин. В легких дыхание с жестковатым оттенком, хрипов нет.

ЧДД — 20 в мин. - В сознании, адекватна. Менингеальной симптоматики нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2): **биологическая проба на мышцах (реакция нейтрализации), бактериологический посев кала на анаэробные питательные среды**

2. Укажите основной диагноз: **пищевой ботулизм, тяжелое течение**

3. Вариантом начального периода ботулизма является: **гастроэнтеритический**

4. Клиническими признаками бульбарного синдрома при ботулизме являются: **носовой оттенок голоса, поперхивание при глотании**

5. К клиническим признакам, позволяющим заподозрить диагноз «ботулизм» относят: **нисходящий характер развития парезов и параличей с сохранением чувствительности**

6. Тактика ведения данного пациента включает: **госпитализацию в специализированный инфекционный стационар**

7. Принципы лечения больных ботулизмом предусматривает назначение: **специфической детоксикационной терапии**

8. Специфическая антитоксическая противоботулиническая лошадиная сыворотка с лечебной целью назначается в дозе: **тип А-10000 МЕ, тип В-5000 МЕ, тип Е-10000 МЕ**

9. Этиотропная терапия у ботулизма включает назначение: **метронидазола**

10. Активная иммунизация лицам против ботулизма проводится: **полианатоксином трехкратно**

11. Инкубационный период при пищевом ботулизме варьирует от до: **2-4 часов; 5 суток**

12. Профилактика ботулизма включает: **соблюдение режима консервирования продуктов**

Задача 36

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет на 2-й день болезни.

Жалобы ° на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, общую слабость, заложенность носа, першение в ротоглотке.

Анамнез заболевания - Студентка дневного отделения университета. - Аллергоанамнез: не отягощен. ° Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Гинекологический анамнез не отягощен. - Вредные привычки: отрицает. - Не замужем, детей нет. Проживает в

отдельной квартире вместе с родителями. - Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, иногда в студенческой столовой. Выяснено, что среди студентов имели место случаи острой кишечной инфекции.

Анамнез жизни
Заболела остро, с появления тошноты, многократной рвоты (до 4—х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области. - Одновременно появились императивные позывы к дефекации, умеренные боли по всему животу, кашицеобразный стул до 5-ти раз. - Температура тела поднялась до 37,4°C. - Больная отметила нарастающую слабость, заложенность носа, першение в горле.

Объективный статус ° Температура тела 37,3°C. Больная вяла, адинамична. - Кожные покровы бледные. Цианоза нет. - Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. Живот умеренно болезненный в эпигастральной, пупочной и правой подвздошной областях. Пальпация живота сопровождается интенсивным «урчанием». Печень и селезенка не увеличены. Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, кашицеобразный, желто-зеленого цвета до 5 раз в сутки, без патологических примесей. - Диурез в норме. Судорог мышц нет. При осмотре ротоглотки выявляется гиперемия и зернистость мягкого неба, дужек, язычка, задней стенки глотки. Лимфатические узлы шейной группы не увеличены. - АД —100/60 мм.рт.ст, ЧСС — 72 уд. в мин.

1. Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования: **ПЦР диагностика кала**
2. Укажите основной диагноз: **ротавирусный гастроэнтерит, легкое течение**
3. У данной больной у определяется степень обезвоживания : **1**
4. Дифференциальную диагностику ротавирусного гастроэнтерита **СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С: эшерихиозами, сальмонеллезом, аденовирусной инфекцией**
5. Тяжесть течения ротавирусной инфекции определяется : **степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома**
6. Возможным осложнением ротавирусной инфекции является : **дегидратационный синдром**
7. Тактика ведения данного больного с ротавирусной инфекции включает: **ведение пациента в амбулаторных условиях**
8. Лечебная тактика при ротавирусной инфекции включает назначение: **диеты, регидратационной терапии, полиферментных препаратов**
9. Средством для пероральной регидратации при ротавирусной инфекции является : **глюкозо-электролитная смесь**
10. выписка пациентов из не декретированных групп, перенесших острую кишечную инфекцию, осуществляется после

-Клинического выздоровления

11. При ротавирусной инфекции инкубационный период составляет до

-1 недели

12. Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекции составляет: **1 неделю**

Задача 37

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

Жаобы на тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук, повышение температуры тела, общее недомогание.

Ситуационная задача №37

Ситуация

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

Жалобы

- на тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук, повышение температуры тела, общее недомогание.

Анамнез заболевания

- Заболел остро, с тошноты, повторной рвоты, приносящей кратковременное облегчение, болей по всему животу схваткообразного характера, частого водянистого стула до 15-ти раз.
- Одновременно поднялась температура тела до 39,2°C, появились головная боль, головокружение, слабость. На момент прихода врача появились судороги кистей рук.

Анамнез жизни

- Пенсионер, не работает.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (3 года назад), гипертоническая болезнь II ст.
- Вредные привычки: отрицает.
- Вдовец. Проживает в отдельной квартире.
- Эпиданамнез: со слов пациента питается дома. Заболевание связывает с употреблением в пищу плохо прожаренной курицы и салатов.

Объективный статус

- Температура тела 39,2°C.
- Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника. Тургор тканей снижен.
- 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.

увеличены.

- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 98 уд. в мин.
- Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз.
- Диурез снижен.
- Судороги мышц кистей, кратковременные.

1.Необходимыми методами обследования данного больного, учитывая 2-й день болезни, являются (выберите 3)

-Бактериологический псевкала на патогенные энтеробактерии

-ПЦР – диагностика кала

-КЩС

2.Укажите основной диагноз

-Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеретический вариант

3. у данного больного определена _____ степень обезвоживания

-2

4. Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

- эшерихиозами, кампилобактериозом, ротавирусным гастроэнтеритом

5. Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется :
степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома

6.Тактика ведения данного больного включает

-госпитализацию в инфекционный стационар

7.Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение

-регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов

8.Средством для пероральной регидратации при сальмонеллезе является

-глюкозо-электролитная смесь

9.Средством для парентеральной регидратации при сальмонеллезе является

-трисоль

10.При гастроинтестинальной формы сальмонеллеза целесообразно назначение

-фторхинолонов

11. Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза, является

-однокатный отрицательный бактериальный посев кала

12. Длительность диспансерного наблюдения за реконвалесцентами из декретированных групп после перенесенного сальмонеллеза осуществляется в течение -3-х месяцев

Задача 38

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 - 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.

Анамнез жизни 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

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.

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 у следует заподозрить при наличии : **лейкоцитоза в клиническом анализе крови**
7. Больной с дивертикулезом у 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 39

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 ° 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.

Анамнез жизни 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

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) : **КТ-энтероколонография, фиброколоноскопия**
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 у 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 прерывистым курсом в течение года : **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 дивертикулеза ободочной кишки у больных : **принимающих антикоагулянты**
12. Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается : **диетой с большим содержанием пищевых волокон**

Задача 40

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 - 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.

Анамнез жизни 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. Спедовала 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.

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): **клинический анализ крови, биохимический анализ крови**

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2): **УЗИ органов брюшной полости, эзофагодуоденоскопия**

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? : **дискинезия желчного пузыря**

5. Немодифицируемым фактором риска дискинезии желчного пузыря 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 у дисфункцию желчевыводящих путей необходимо с :
хроническим холециститом

11. Основным принципом х 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 х дисфункции желчевыводящих путей основаны на:
сбалансированном регулярном питании

Ситуационная задача 41

Больная 42 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому за разъяснениями и лечением в связи с обнаружением при ультразвуковом исследовании брюшной полости, выполненном по программе диспансеризации, конкрементов в желчном пузыре.

Жалобы:

- плохая переносимость жирной и жареной пищи, от которой пришлось отказаться
- изредка утреннее ощущение тошноты

Анамнез заболевания: В молодости была обнаружена сложная деформация желчного пузыря и рекомендовано дробное питание в ограничением жиров. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. При случавшихся нечастых пищевых погрешностях принимала ферментные препараты. Ежегодно проходила ультразвуковое сканирование печени и желчного пузыря, последнее – год назад. Накануне обращения при очередном обследовании впервые выявлены конкременты в полости желчного пузыря. Встревожена перспективой оперативного вмешательства.

Анамнез жизни: Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: простудные, перелом ключицы 6 лет назад. Наследственность: у матери и старшей сестры ЖКБ, обеим выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Родов – 2, медицинских аборт – 2. Много лет получает гормональные контрацептивы. Аллергии на медикаменты нет. Вредных привычек нет.

Объективный статус: состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса – 65 кг, индекс массы тела – 35,4 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с легким налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Легкая асимметрия чувствительности в подреберьях с преобладанием справа. Печень не пальпируется.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3): **клинический анализ крови, липидный спектр крови, функциональные пробы печени**

2. Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования: **УЗИ органов брюшной полости**

3. К скрининговым инструментальным исследованиям, проводимым для исключения холедохолитиаза, относят (выберите 2): **магнитно-резонансную холангиопакиреатографию, эндоскопическое ультразвуковое исследование**
4. Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке: **желчекаменная болезнь, латентная форма**
5. Устранить риск формирования и прогрессирования желчекаменной болезни у пациентки на данном этапе заболевания возможно: **отменить гормональные контрацептивы**
6. Оптимальным инструментальным методом динамического контроля состояния билиарного тракта является: **ультразвуковое сканирование органов брюшной полости**
7. Признаком холестеринового состава конкрементов является: **их смещение при повороте тела**
8. Показанием к холецистэктомии у больной является: **наличие осложнений**
9. При усилении диспепсии больной могут быть назначены желчегонные препараты: **со спазмолитическом эффектом**
10. Контроль эффективности литолитической терапии осуществляется путем проведения ультразвукового сканирования в сроки через ___ месяц/месяца/месяцев непрерывного лечения: **3**
11. Доза урсодезоксихолевой кислоты для литолитической терапии определяется из расчета ___ мг/кг массы тела: **10**
12. Плановое проведение холецистэктомии при бессимптомном камненосительстве рекомендуется: **в регионе с отсутствием квалифицированной медицинской помощи**

Ситуационная задача 42

Пациентка 18 лет обратилась к врачу- терапевту участковому.

Жалобы на - ежедневные приступы затрудненного 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 - Росла и развивалась нормально. ' Является студенткой техникума. - Перенесенные заболевания: детские инфекции. - Наследственность не отягощена. - Пищевая аллергия (цитрусовые — явления крапивницы). - Вредные привычки отрицает

Анамнез жизни - С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель—май). - В 17 лет впервые развился приступ затрудненного 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 (дезлоратадин 1 таблетка в день). - 10 дней назад стали регистрироваться приступы затрудненного дыхания до 1—2 раз в сутки, преимущественно в ночные и ранние утренние часы, непродуктивный кашель.

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.

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

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 течение. Сезонный аллергический ринит. Сенсibilизация к пылевым (деревья), эпидермальным (шерсть кошки), пищевым (цитрусовые) аллергенам**

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

5. Мониторинг пиковой скорости выдоха проводится: **ежедневно 2 раза в сутки**

6. Уменьшение объёма поддерживающей терапии при достижении контроля симптомов заболевания после начала терапии может быть проведено через (в месяцах) : **3**

7. Для устранения симптомов в х режиме «по требованию» следует назначить : **коротко действующий бета-2-агонист**

8. Пациентке показано х проведение вакцинации против: **гриппа**

9. Пациентка относится к х группе состояния здоровья : **3а**

10. Кратность посещения врача- х терапевта в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет _ раз/раза в год : **4**

11. Кратность посещения врача- х пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет раз/раза в год : **2**

12. Кратность посещения врача- х аллерголога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет раз/раза в год: **2**

Ситуационная задача 43

Пациент 26 лет обратился к врачу- терапевту участковому.

Жалобы на - кашель с трудноотделяемой ржавой мокротой, ' повышение температуры тела до 38,2°С, ° общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания - Рос и развивался нормально. - Работает банковским служащим. ° Перенесённые заболевания: корь, скарлатина. ° Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. ° Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни ° Заболел остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°С, появились непродуктивный кашель, озноб, общая слабость. - На второй день заболевания при кашле стала отделяться мокрота с ржавым оттенком, принимал жаропонижающие без эффекта.

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, herpeslabialis. 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 | 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 ОКБ-65, включающую комплекс симптомов и признаков, таких как : **нарушение сознания, ЧДД больше или равно 30/мин, систолическое АД меньше 90 или диастолическое АД меньше или равно 60 мм рт ст, возраст больше или равно 65 лет**

5. В качестве стартовой эмпирической Терапии в амбулаторных условиях пациенту может быть назначен внутрь : **амоксициллин**

6. Эффективность к эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах) : **48-72**
7. Главным критерием к окончания антибактериальной терапии является : **стойкая нормализация температуры в течение 3 суток**
8. Ориентировочные сроки к разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях) : **3-4**
9. Ориентировочные сроки к нетрудоспособности в данном случае составляют (в днях) : **20-21**
10. Диспансерное наблюдение к после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение (в месяцах) : **12**
11. Кратность осмотра врачом- к терапевтом пациента, перенесшего пневмонию, в рамках диспансерного наблюдения составляет 1 раз в месяца/месяцев : **3**
12. При отсутствии к патологических клинико- рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдения данный пациент переводится в группу состояния здоровья: **1**

Ситуационная задача 44

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 развивался нормально. - Работает кассиром. . Перенесенные заболевания: пневмония, частые ОРВИ. ' Наследственность и алергоанамнез не отягощены. - Вредные привычки: курит с 18- летнего возраста (30 сигарет в день).

Объективный статус Общее состояние средней тяжести, температура тела — 37,2°0, НОРМОСТЭНИЧЭСКОГО телосложения, рост - 160 см, масса тела - 56 кг, индекс массы тела — 21,9 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоуалы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка правильной формы, при перкуссии лёгких - легочный звук, при аускультации — жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие басовые 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 реберной дуги'

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) : **клинический анализ крови, общий анализ мокроты, бактериологическое обследование мокроты с окраской по Цилю-Нильсону и Граму**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) : **спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксометрия**
3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является : **хронический слизисто-гнойный бронхит, обострение**
4. Факторами риска обострения у заболевания у пациентки являются курение и : **частые респираторные инфекции**
5. В связи с частыми у ежегодными обострениями заболевания у больной повышен риск развития : **бронхоэктазов**
6. Для лечения обострения у заболевания показано комбинированное назначение : **антибиотиков и муколитиков**
7. Пациентка относится к группе состояния здоровья : **3а**
8. Ориентировочные сроки у нетрудоспособности составляют (в днях) : **12-14**
9. Пациентке показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и : **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 : **2**
11. Лабораторные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают клинический анализ крови и : **общий анализ мокроты**
12. Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают спирометрию И: **рентгенографию органов грудной клетки**

Ситуационная задача 45

Пациент 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому,

Жалобы - на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, — одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, - прогрессирующее снижение массы тела.

Анамнез

рос и развивался нормально, - Работает маляром-штукатуром, - Перенесенные

Заболевания

- Перенесенные

заболевания, операции: пневмония, аппендэктомия, - Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. - Вредные привычки: курит с 20-летнего возраста (20 сигарет в день).

Анамнез жизни - В течение 5 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, в последние 2 года присоединилась одышка при физической нагрузке, похудел на 5 кг. - 2 месяца назад перенёс простудное заболевание со значительным усилением кашля и одышки, амбулаторно принимал азитромицин с положительным эффектом. - В связи с сохраняющейся выраженной одышкой при обычной ходьбе обратился в поликлинику. - В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось,

Объективный статус
Общее состояние средней тяжести. Пониженного питания, рост — 1,78 м, масса тела , 55 кг, индекс массы тела — 17,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких — коробочный звук, при аускультации — умеренное диффузное ослабление везикулярного дыхания, ЧДД — 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 88 в минуту, АД — 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги, Индекс одышки по шкале тМВС = 2.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) : **клинический анализ крови, общий анализ мокроты, бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену и Граму**

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

3. Какой основной диагноз? : **хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелая степень (GOLD 3), группа В (mMRS 2, редкие обострения), преимущественно эмфизематозный тип**

4. Из системных проявлений заболевания у пациента присутствует : **недостаточная масса тела**

5. Дифференциально-диагностический ряд в данном клиническом случае включает : **хронический бронхит, бронхиальную астму, хроническую сердечную недостаточность**

6. Для базисной фармакотерапии заболевания следует назначить комбинацию : **длительно действующего антихолинергического препарата и длительно действующего бета-2-агониста**

7. Для устранения симптомов в у режиме «по требованию» следует назначить : **короткодействующий бронходилататор**

8. Пациенту показано проведение вакцинации против : **гриппа, пневмококковой инфекции**

9. В качестве у нефармакологических методов лечения больному следует рекомендовать : **прекращение курения, легочную реабилитацию**

10, Кратность посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения составляет раз/раза в год : **4**

11. Лабораторные исследования при диспансерном наблюдении включают клинический анализ крови и : **общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты**

12. Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении включают спирометрию и: **рентгенографию органов грудной клетки, пульсоксиметрию**

Ситуационная задача 46

Пациент 64 лет обратился к врачу- терапевту участковому.

Жалобы ° на кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой зеленоватого цвета, ° одышку с затруднением выдоха. возникающую при обычной физической нагрузке, ° эпизоды «свистящего» дыхания в ранние утренние часы, проходящие после откашливания мокроты, - повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст.

Анамнез Заболевания ° Рос и развивался нормально. - Работал наборщиком в типографии. ' Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия в 40 лет. ° Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. ° Вредные привычки: курит с18— летнего возраста (20 сигарет в день).

Анамнез жизни - С 50 лет беспокоит хронический кашель с небольшим количеством светлой мокроты, с 56 лет присоединилась экспираторная одышка при физической нагрузке с постепенным снижением её переносимости. - В 60 лет диагностирована ХОБЛ, нерегулярно использует фиксированную комбинацию фенотерола/ипратропия бромидом 2 дозы 2-3 раза в день. ' В течение последних 3 лет ежегодно, не менее 2 раз, госпитализировался по поводу обострений ХОБЛ, проявлявшихся усилением кашля с отделением слизисто—гнойной мокроты и экспираторной одышки. Последнее спирометрическое исследование 3 месяца назад: ОФВ1 — 48%. - С 56 лет отмечаются подъёмы АД (максим. цифры 160/100 мм рт.ст.), регулярной терапии не получает. ° Настоящее ухудшение в течение 2 дней: после переохлаждения усилился кашель с затруднением дыхания в утренние часы, мокрота приобрела зеленоватый оттенок.

Объективный статус Общее состояние средней тяжести, температура тела — 36,8. Избыточного питания, рост — 1,75 м, масса тела - 93 кг, индекс массы тела - 30,4 кг/м². Кожные покровы: лёгкий диффузный цианоз лица и шейно- воротниковой зоны, отёков нет. Грудная клетка гиперстенической формы, при перкуссии лёгких — легочный звук, при аускультации — жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие базовые и дискантовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 88 в минуту, АД - 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Индекс одышки по шкале tMPC 3.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) : **клинический анализ крови, общий анализ мокроты, бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену и Граму**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) : **спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия**
3. Какой основной диагноз? : **хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелая степень (GOLD 3), группа D (mMRS 3, частые обострения), преимущественно бронхитический тип, обострение средней степени тяжести**
4. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента? : **артериальная гипертензия 2 степени, риск 3. Ожирение 1 степени**
5. Дополнительное инструментальное обследование для оценки сопутствующей патологии включает ЭКГ и : **эхокардиографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий**
6. Для лечения обострения заболевания следует назначить : **небулайзерную терапию короткодействующими бронходилататорами, антибиотики, муколитики**
7. Для базисной фармакотерапии ХОБЛ следует назначить комбинацию : **длительно действующего антихолинергетика и длительно действующего бета-2-агониста**
8. Препаратами выбора для лечения сопутствующей патологии являются : **блокаторы рецепторов ангиотензина 2, блокаторы кальциевых каналов**
9. В качестве нефармакологических методов лечения основного заболевания следует рекомендовать : **прекращение курения, легочную реабилитацию**
10. Кратность посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения по основному заболеванию составляет _ раз/раза в год : **4**
11. Лабораторные исследования при диспансерном наблюдении по основному заболеванию включают Клинический анализ крови и : **общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты**
12. Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении по основному заболеванию включают спирометрию и: **рентгенографию органов грудной клетки, пульсоксиметрию**

Ситуационная задача 47

Мужчина 30 лет, инженер, обратился в поликлинику

Жалобы Слабость, потемнение цвета мочи

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

Анамнез жизни 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.

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. Необходимыми для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) : **общий анализ мочи, биохимический анализ крови, общий анализ крови**
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 : **мочевой**
5. Мочевой 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 1 г/сут, нефротический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность**
8. Общие немедикаментозные принципы лечения гематурического нефрита заключаются в : **соблюдения 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 2 (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 сохраненной 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 больше или равно 1 г/сут**

Ситуационная задача 48

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 - 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.

Анамнез жизни 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

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 везикулярно, 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.

1. Необходимыми для постановки предварительного диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2): **биохимический анализ крови, общий анализ мочи**

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

3. Наиболее вероятным х диагнозом является **Поликистозная болезнь почек**

4. Ультразвуковым критерием поликистозной болезни почек (ПБП) у пациента 34 лет является **является обнаружение ≥ 2 кист в каждой почке**
5. У данного пациента стадия хронической болезни почек (ХБП) по уровню фильтрации соответствует **ХБП - С2**
6. Внепочечные проявления х 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 необходимо провести **ультразвуковое обследование почек**
8. Скрининг на наличие х внутричерепных аневризм при поликистозной болезни почек необходимо проводить **пациентам с отягощенным по аневризмам семейным анамнезом**
9. Для лечения артериальной х гипертензии при поликистозной болезни почек патогенетически обоснованным выбором является применение **ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА)**
10. Тактика ведения больных х поликистозной болезнью почек при частых или хронических болях в проекции почек включает **применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов**
11. Оптимальным методом х лечения терминальной почечной недостаточности при поликистозной болезни почек является **трансплантация почки**
12. У больных с поликистозной х болезнью почек (ПКБ) факторами ее более быстрого прогрессирования являются **мужской пол, выявление кист и эпизодов гематурии в возрасте до 30 лет, негроидная раса, беременности, развитие гипертензии в возрасте до 35 лет, гиперлипидемия**

Ситуационная задача 49

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 - 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)

Анамнез жизни 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,

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 0 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. Основными необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами 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

· **рН 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)**

Ситуационная задача 50

Пациент 43 года, рабочий обратился в поликлинику

Жалобы На изменение цвета мочи > покраснение, повышение АД до 150/100 мм.рт.ст

Анамнез заболевания ' 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).

Анамнез жизни 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

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. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациента необходимо выполнение: **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, быстропрогрессирующая 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**

Ситуационная задача 51

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 ' Перенесенные заболевания И операции: отрицает ' наследственность не отягощена * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет ' Рабочее АД-110-120/70 мм.рт.ст,

Анамнез жизни 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, субфебрилитето

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 170 см. Кожные покровы бледные. Явления хейлита. Увеличены шейные пимфузлы, при пальпации безболезненные, мягкие, подвижные. Зев не гиперемирован. Припухлость в области межфаланговых суставов кистей. Движения пальцев рук умеренно болезненные, Умеренные отеки голеней, стол. 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 гипертония, 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

Ситуационная задача 52

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**

Ситуационная задача 53

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 36,6⁰С. 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 гипертония, 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)

Ситуационная задача 54

Больной 44 лет, сотрудник МВД, обратился в поликлинику.

Жалобы На потемнение цвета мочи, В Течение суток после начала носоглоточной инфекции, пастозность ног.

Анамнез заболевания - 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,

Анамнез жизни Подобные эпизоды потемнения цвета мочи вслед за обострением фарингита, тонзиллита стереотипно наблюдаются В течение последних пяти лет, в течение недели нормальный цвет мочи обычно БОССТЭНЭВПИВЗПСЯ. 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

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 мочевом 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**

Ситуационная задача 55

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)**

Ситуационная задача 56

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 не отягощена. 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

Ситуационная задача 57

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: **УЗИ почек**
3. Ведущим синдромом у данной пациентки является: **остронефритический**
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 гипертензия, тяжелый отечный синдром,**

развитие нефротического синдрома, признаки сердечной и дыхательной недостаточности

7. Тактика ведения данной больной заключается в: **госпитализации в нефрологический стационар**

8. Общие немедикаментозные принципы лечения острого гломерулонефрита включают: **соблюдение постельного режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости**

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 в сочетании с положительными результатами посева из зева или кожи**

11. Показаниями для иммуносупрессивной терапии являются: **быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром**

12. Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при остром гломерулонефрите являются: **прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протенурия**

Ситуационная задача 58

В поликлинику обратилась пациентка 35 лет

Жалобы На повышенную утомляемость, периодически — тянущие боли в поясничной области, полиурию, головные боли

Анамнез Заболевания - 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 гипертония (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 (1/2 пачки сигарет в сутки), алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Анамнез жизни 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,

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, 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 **сдавливании 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**

Ситуационная задача 59

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 гипертония (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. клиническая картина в наибольшей степени соответствует

Хронической болезни почек

4. Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

острую мочекислую блокаду, уратный нефролитиаз, хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит, иммунный гломерулонефрит

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

Ситуационная задача 60

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: увеличались отеки,

появились артралгии мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет, стали выпадать волосы.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: отрицает Наследственность не отягощена 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 гипертензия, 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**

Ситуационная задача 61

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 36,6⁰С. 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 гипертензия, 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

Ситуационная задача 62

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 гипертензия (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 кесарева 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 (голень 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)

Ситуационная задача 63

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, познобливание

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 генерализированный 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 антисптических трав, коррекции артериального давления**
- 12. Показанием к нефрэктомии при хроническом пиелонефрите является
- **развитие пионефроза**

Ситуационная задача 64

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 амоксициклава развилась крапивница. Более 5 лет отмечается повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.), принимает ренитек 20 мг/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

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

общий анализ крови

2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациентки необходимо использовать

УЗИ почек

3. Наиболее вероятным диагнозом является

Обострение вторичного хронического пиелонефрита

4. Помимо уролога данной пациентке показана консультация

гинеколога

5. Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей является

расширение чашечно-лоханочной системы

6. При пиелонефрите показаниями к экстренной госпитализации являются

обострение вторичного пиелонефрита, острый обструктивный пиелонефрит

7. Перед началом антибактериальной терапии обострения хронического пиелонефрита в первую очередь необходимо

исключить обструкцию мочевыводящих путей

8. Тактика ведения данной больной заключается в

госпитализации в урологическое отделение

9. Тактика антибактериальной терапии данной пациентки заключается в

назначении левофлоксацина в дозе 500 мг 1 раз в день на 10-14 дней

10. Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной должна составлять

10-14 дней

11. К антибактериальным препаратам, оказывающим нефротоксическое действие, относятся

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

Ситуационная задача 65

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, АД, 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 АГ и дислипидемии**

9. Показаниями к проведению биопсии почки при сахарном диабете являются **остронефритический синдром, быстропрогрессирующая 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 **С1-3а**

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

Ситуационная задача бб

Больной 70 лет, пенсионер, обратился в поликлинику

Жалобы

На повышенную утомляемость, полиурию, головокружения и головные боли при подъемах АД.

Анамнез заболевания

С 50 лет страдает ожирением, СД 2 типа, принимает глюкофаж(метформин) 2000 мг в сутки -гликированный гемоглобин НБА\Тс -7,4%. Более 20 лет выявляется артериальная гипертензия (подъемы АД до 170/100 мм рт ст), постоянно принимает фозиноприл 20 мг в сутки, амлодипин 10 мг с эффектом. В связи с гиперхолестеринемией назначен торвакард 20 мг. В 55 лет перенес острый инфаркт миокарда. В течение 5 лет выявляется нарастающая (от 0,3 до 1 г) протеинурия, повышение креатинина до 130 мкмоль/л. Имеет осложнения СД – пролиферативную ретинопатию, сенсорную форму нейропатии. Ухудшение состояния в течение последнего месяца - АД стала хуже поддаваться коррекции, беспокоят слабость, головокружения, полиурия. Обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни.

Перенесенные заболевания и операции: в 20 лет – аппендэктомия. Наследственность отягощена по материнской линии: сердечно-сосудистые катастрофы, АГ. Вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 178 см. Температура тела 36,65С. 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 150/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень - по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

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

. общий анализ мочи

. биохимический анализ крови

общий анализ крови

2. Выберите основные необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ почек

3. О развитии диабетической нефропатии (ДН) у данного больного могут свидетельствовать

Протеинурия без эритроцитурии, снижение СКФ, длительность течения диабета, наличие других микрососудистых осложнений (диабетической ретинопатии, нейропатии)

4. Больным СД 2 типа скрининг на выявление ДН, включающий определение альбуминурии/протеинурии и СКФ, необходимо проводить

Сразу при постановке диагноза, далее - ежегодно

5. У данного больного хроническая болезнь почек по уровню фильтрации соответствует 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 АГ 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 **С1-3**

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

Ситуационная задача 67

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 гипертония 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, голеней. 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

- **эффективная 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

Ситуационная задача 68

Ситуация

Больной 62 лет, русский, обратился в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На кашель с обильным отделением слизисто-гноной мокроты преимущественно в утренние часы, редко кровохарканье, одышку при умеренной физической нагрузке, отеки лица, стоп, голеней, слабость, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Более 30 лет назад диагностирован хронический бронхит, обострения 2-3 раза в год проводилась антибактериальная, муколитическая терапия. В 45 лет перенес двухстороннюю нижнедолевую пневмонию, находился на стационарном лечении, в ходе обследования при МСКТ выявлены множественные цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы в обоих легких, диагностирована бронхоэктатическая болезнь. В дальнейшем отмечались частые обострения (до 3-5 раз в год). При МСКТ в динамике наблюдается увеличение количества и размеров бронхоэктазов, от проведения оперативного лечения пациент отказывается. В анализах крови постоянно высокий уровень С-реактивного белка.

Белок в моче впервые выявлен 6 лет назад (0,3 г/л; осадок мочи неизменен) и при динамическом наблюдении нарастает: 0,7-1,2-1,6-2,2-3,6 г/л. В течение последних 6 месяцев появились отеки ног, лица.

Периодически применяет беродуал (ингаляционно), принимает муколитики.

Анамнез жизни

. Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции - инфекционный паротит, краснуха, ветряная оспа. Наследственность: мать страдала артериальной гипертензией, умерла в 75 лет от инсульта. У отца был хронический бронхит, умер от сердечной недостаточности. Вредные привычки: курит в течение 47 лет по 1,5 пачки сигарет в день, алкогольные напитки употребляет несколько раз в месяц в умеренном количестве.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, отеки голеней, стоп, лица. Деформация концевых фаланг пальцев рук по типу «барабанных палочек» и «часовых стекол». ЧД 20 в минуту. Дыхание жесткое, мозаично ослаблено в нижних отделах, проводится во все отделы, в нижних отделах небольшое количество незвонких мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 78 в мин. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий. Пальпируются плотная, увеличенная печень и

селезенка. Перкуторнопечень 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 данного больного является

- **острофазовый белок SAA**

7. Наиболее приемлемым в рутинной практике показателем острой фазы воспаления является

- **сывороточный уровень С-реактивного белка**

8. Общая тактика ведения данного больного заключается в

- **госпитализации в стационар**

9. Целью терапии любого типа амилоидоза является

- **уменьшение количества белков-предшественников**

10. Основной стратегией лечения АА-амилоидоза у данного пациента является

- **эффективная 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**

Ситуационная задача 69

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 подъёме 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. Отёков 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

Ситуационная задача 70

Больной С., 45 лет, преподаватель ВУЗа, обратился к участковому врачу

Жалобы

На кашель с выделением скудной мокроты желтого цвета, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, отсутствие аппетита, значительное снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Заболел внезапно, 3 дня назад. Отметил ощущение недомогания, появился кашель (вначале сухой, затем — с выделением скудной мокроты желтого цвета), повысилась температура до 38,0. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал парацетамол, аскорбиновую кислоту.

Анамнез жизни:

- Рос и развивался нормально;
- Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит, консолидированный перелом костей левой голени;
- Наследственность неотягощена;
- Вредные привычки: курит на протяжении 10 последних лет по полпачки сигарет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 75 кг, рост 180 см. Кожные покровы нормальной окраски. Цианоза нет. При пальпации грудной клетки справа ниже угла лопатки выявлен небольшой участок усиления голосового дрожания. При перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, в этой же области выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы при аускультации. Частота дыхания 16 в минуту. Границы сердца неизменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 82 ударов в минуту. АД 125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

1. Из лабораторных исследований необходимо выполнить (Выберите 3)

- **Клинический анализ крови**
- **Биохимический анализ крови**
- **Исследование уровня С-реактивного белка**

2 Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- **Рентгенография органов грудной клетки в прямой и в правой боковой проекциях**

3 Наиболее вероятным диагнозом является

- **Внебольничная бактериальная пневмония в нижней доле правого лёгкого неуточнённой этиологии**

4 Для оценки тяжести пневмонии в амбулаторных условиях можно использовать шкалу

- **CURB\CRB-65**

5 Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии нетяжелого течения являются

- **Аминопенициллины**

6 Тактика ведения данного больного включает

- **Амбулаторное лечение с динамическим наблюдением**

7 Симптоматическая терапия неосложнённой бактериальной пневмонии включает назначение

- **Отхаркивающих и жаропонижающих препаратов**

8 Критерием эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмонией является

- **Нормализация температуры тела в первые 48-72 часа после назначения АБ**

9 При отсутствии эффективности АБ терапии пневмонии на протяжении 48-72 часов и появлении признаков нарастания дыхательной недостаточности необходимо

- **Госпитализировать пациента в стационар**

10 Длительность АБ терапии при пневмонии в среднем составляет

- **7 дней**

11 Наиболее часто в связи со схожестью клинико-рентгенологической картины дифференциальную диагностику пневмонии следует проводить с

Туберкулезом легких

12 Показанием для проведения КТ органов грудной клетки при пневмонии является

- **Подозрение на рак лёгкого, туберкулёз лёгких**

Ситуационная задача 71

Больной Ф., 39 лет, предприниматель, повторно обратился к участковому терапевту

Жалобы

На кашель с выделением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,5°C, общую слабость

Анамнез заболевания

Около 10 дней назад после контакта с больным ОРВИ ребенком отметил повышение температуры тела до 38°C, насморк, непродуктивный кашель, першение в горле. Лечился, принимая ингавирин и назальный спрей. Состояние больного не улучшилось - через 3 дня отметил повышение температуры тела до 38,5°C, при кашле стала выделяться мокрота желто-зеленого цвета. Пациент был осмотрен врачом, был диагностирован «острый трахеобронхит». Рентгенологическое исследование органов грудной клетки не выполнялось. В качестве антибактериальной терапии был назначен ампициллин, который пациент принимал на протяжении 2-х последних дней. На фоне приема ампициллина отметил, что температура значительно снизилась – до 37,1, однако появилась гиперемия кожи в области шеи, грудной клетки и верхних конечностей, сопровождающаяся выраженным кожным зудом.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально;
- Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, аппендэктомия в возрасте 18 лет, язвенная болезнь желудка;
- Наследственность неотягощена;
- Вредные привычки: не имеет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 78кг, рост 179 см. На коже шеи, грудной клетки, рук - высыпания по типу крапивницы. Цианоза нет. При пальпации грудной клетки справа ниже угла лопатки выявлен участок усиления голосового дрожания. При перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, в этой же области выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы при аускультации. Частота дыхания 17 в минуту. Границы сердца изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 ударов в минуту. АД 120/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

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

- **Клинический анализ крови**

- **Биохимический анализ крови**

- **Исследование уровня С-реактивного белка**

2 Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- **Рентгенография органов грудной клетки в прямой и в правой боковой проекциях**

3 Основным диагнозом является

- **Внебольничная бактериальная пневмония в нижней доле правого лёгкого неуточнённой этиологии**

4 Сочетанная патология, развившаяся у пациента

- **Аллергическая реакция на приём АБ**

5 В случае развития аллергической реакции по типу крапивницы тактика в отношении АБ терапии заключается в

- **Отмене ампициллина, назначении АБ препарата другой группы, например – макролиды**

6 Пациенту необходима дополнительная терапия в виде

- **Противоаллергической терапии антигистаминным препаратом**

7 Симптоматическая терапия неосложнённой пневмонии включает назначение

- **Отхаркивающих препаратов**

8 Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является

- **Streptococcus pneumoniae**

9 Признаком пневмонии тяжелого течения является

- **Выраженная гипотония**

10 Длительность АБ терапии при пневмонии составляет

- **В среднем 7-10 дней**

11 Наиболее часто в связи со схожестью клинико-рентгенологической картины дифференциальную диагностику пневмонии следует проводить с

Туберкулезом легких

12 Критерием тяжести пневмонии является

- **Снижение сатурации крови менее 90%**

Ситуационная задача 72

Больная Е., 35 лет, осматривается терапевтом дома

Жалобы

На кашель с выделением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 39,0°C, одышку при незначительной нагрузке, боль в нижних отделах левой половине грудной клетки, выраженную общую слабость, головокружение, значительное снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Заболела внезапно после переохлаждения, 4 дня назад. Стал беспокоить непродуктивный кашель, повысилась температура тела до 38°C. Через сутки при кашле стала выделяться мокрота желто-зеленого цвета, еще через день появилась боль в нижних отделах грудной клетки слева, температура тела повысилась до 39, стала беспокоить сильная слабость, появилась одышка при небольшой нагрузке. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала парацетамол, противовирусный препарат – без эффекта.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит
- Наследственность не отягощена.
- Вредные привычки: не имеет

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 65 кг, рост 175 см. Кожные покровы нормальной окраски. Цианоз губ, акроцианоз. При пальпации грудной клетки слева в нижних отделах – усиление голосового дрожания, при перкуссии в этой же области определяется укорочение звука и выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание. Частота дыхания 31 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

1 Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования будут

- **Клинический анализ крови**
- **Биохимический анализ крови**
- **Исследование уровня С-реактивного белка**

2 Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- **Рентгенография органов грудной клетки в прямой и в левой боковой проекциях**

3 Исходя из клинико-рентгенологических данных верным диагнозом является

- **Внебольничная бактериальная левосторонняя нижнедолевая пневмония тяжёлого течения неуточнённой этиологии**

4 Осложнением пневмонии у данной больной является

- **Дыхательная недостаточность**

5 О развитии дыхательной недостаточности у больной свидетельствует

- **Жалобы на одышку, цианоз и тахипноэ при осмотре**

6 Тактика ведения данной больной включает

- **Госпитализация в стационар в экстренном порядке**

7 При пневмонии тяжелого течения АБ терапию предпочтительнее начать с

- **Левифлоксацин+цефтриаксон**

8 Симптоматическое терапия пневмонии включает назначение

- **НПВС для купирования болевого синдрома при плевралгии**

9 Критерием эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмонией является

- **Нормализация температуры тела в первые 48-72 часа после назначения АБ**

10 При развитии синдрома дых недостаточности, обусловленного пневмонией тяжелого течения необходимо

Назначить оксигенотерапию

11 Длительность АБ терапии при пневмонии в среднем составляет

- **7-10 дней**

12 Рентгенологическим критерием пневмонии является

- **Инфильтрация лёгочной ткани**

Ситуационная задача 73

Больной И., 55лет, безработный, обратился к участковому врачу

Жалобы

На кашель с выделением мокроты желтого цвета, повышение температуры тела до 38,5°C, боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, общую слабость.

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро, 5 дней назад. Появился кашель, вначале сухой, затем — с выделением мокроты желтого цвета, повысилась температура до 39°C, стала беспокоить боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально; - Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка; - Наследственность не отягощена; - Вредные привычки: курит на протяжении 35 последних лет по пачке сигарет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 80 кг, рост 180 см. Кожные покровы нормальной окраски. Акроцианоз. При перкуссии ниже угла правой лопатки определяется тупой перкуторный звук, в эту же область дыхание не проводится. Частота дыхания 31 в минуту. Границы сердца неизменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 125 ударов в минуту. АД 89/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

1 Из лабораторных исследований необходимо выполнить (Выберите 3)

- **Клинический анализ крови**
- **Биохимический анализ крови**
- **Исследование уровня С-реактивного белка**

2 Необходимым инструментальным методом обследования является

- **Рентгенография органов грудной клетки в прямой и в правой боковой проекциях**

3 Наиболее вероятным диагнозом является

- **Внебольничная бактериальная правосторонняя нижнедолевая пневмония неуточненной этиологии**

4 Осложнением пневмонии является

- **Плеврит**

5 Дополнительным методом исследования, позволяющим определить наличие плеврального выпота, является

- **УЗИ**

6 Тактика ведения данного больного подразумевает

- **Госпитализацию в стационар**

7 Наиболее предпочтительная схема АБ терапии в данной ситуации

- **Леофлоксацин+цефтриаксон**

8 Симптоматической терапией необходимой в данной ситуации является назначение

- **НПВС в качестве обезболивающего и жаропонижающего средства**

9 Процедурой, носящей диагностический и лечебный характер, которая может быть выполнена этому пациенту, является

- **Плевральная пункция**

10 При отсутствии эффекта от назначенной первичной АБ терапии необходимо

- **Назначить АБ к которому выявлена чувствительность по результатам АБграммы**

11 Длительность АБ терапии при пневмонии обычно составляет

- **7-10 дней**

12 Для определения тяжести пневмонии в амбулаторных условиях может быть применена шкала

- **CURB65**

Ситуационная задача 74

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: неотягощен. - 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 (лужек, 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 доразмера мелкой фасоли подчелюстные, передне-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 2-3 раза в день, полуоформленный. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1 Необходимым для постановки диагноза лабораторные методы обследования больного является

- **ПЦР-диагностика мазка носоглотки (ОРВИ-скрин), мазки из полости носа и ротоглотки (для анализа методом ПЦР, иммунохроматографии)**

2 Учитывая клинику-анамнестические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- **Аденовирусная инфекция средней степени тяжести**

3 Для диареи при аденовирусной инфекции характерными симптомами являются

- **Кашецеобразный стул без примеси 1-3 раза в день**

4 Осложнением аденовирусной инфекции является

- **острый отит**

5 Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции в начальном периоде заболевания проводят с

- **инфекционным мононуклеозом**

6 Показанием к госпитализации при аденовирусной инфекции является

- **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 АБ при аденов инфекц показано

- **При присоединении вторичной инфекции**

10 Для лечения конъюнктивита и кератаконъюнктивита при аденовирусной инфекции применяют инстилляциии глазных капель

- **Интерферона альфа**

11 Неспецифической профилактической мерой при аден вирусн инфекции служит

- **Промывание носа изотоническим раствором**

12 Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции является

- **Умифеновир, интерферон альфа интраназальный**

Ситуационная задача 75

Участковый врач прибыл на вызов к пациентке 29 лет на 6-й день болезни

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

Анамнез заболевания

Заболела остро 02.04. – появилась резь в глазах, слезотечение, 03.04 -повышение температуры тела до38,5°C, затем присоединилась боль вгорле, температура тела повысиласьдо 39°C. 06.04. появилась сыпь нателе, 07.04. - сухой кашель.Фебрильная температура теласохранялась все дни.

Анамнез жизни

Работает экономистом в фирме, вусловиях офиса.. Аллергоанамнез: не отягощен.. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины, корь, ветряная оспа.. Вредные привычки: отрицает.. Проживает в отдельной квартире смужем. Эпиданамнез: среди сотрудников вофисе были случаи заболевания ОРЗ. Прививочный анамнез: датупоследней прививки не помнит. Отгриппа 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. Геморрагическихпроявлений - нет. Склеры яркоинъецированы, слезотечение.Слизистая оболочка ротоглоткиумеренно гиперемирована в областидужек и по задней стенке.Миндалины увеличены до |

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. Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является:

ПЦР-диагностика (отделяемого из ротоглотки и слизистой глаз), иммуноферментный анализ соскоба из эпителия ротоглотки, серологические исследования для определения антител к аденовирусам (связывание комплемента)

2. Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для оценки тяжести и уточнения локализации патологического процесса (выберите 2): **ОАК, биохимический**

3. Учитывая клинику-анамнестические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

Аденовирусная инфекция (фарингоконъюнктивальная лихорадка), средней степени тяжести

4. Дополнительными симптомами, которые иногда выделяют при аденовирусной инфекции, являются: **тошнота, секреторная диарея**

5. Осложнением аденовирусной инфекции: **пневмония**

6. Дифференциальную диагностику проводят с: **инфекционный мононуклеоз, скарлатина, парагрипп**

7. Одним из основных показаний к госпитализации при аденовирусной инфекции: **пневмонии**

8. Этиотропным средством с доказанным действием для лечения аденовирусной инфекции является: **умифеновир**

9. Патогенетическое лечение при среднетяжелом течении аденовирусной инфекции включает применение: **НПВС**

10. Местно при аденовирусной инфекции следует применять: **интерферон альфа (глазные капли)**

11) Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показан: **при присоединении вторичной инфекции**

12) Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции является: **умифеновир, интерферон альфа интраназальный**

Ситуационная задача 76

Участковый врач прибыл на вызов к пациентке 64-х лет на 3-й день болезни.

Жалобы на повышение температуры до 40, 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: неотягощен. Перенесенные заболевания: мастэктомия, ОРЗ, ГБ | 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; выявление антигенов в смывах из носо- и ротоглотки (ИФА, ИФМ)

2. Какой основной диагноз? **Грипп, типичное течение, средней степени тяжести**

3. Симптомом тяжелого течения гриппа является: **Геморрагическая сыпь**

4. Патогенетическим осложнением гриппа: **Респираторный дистресс-синдром**

5. Дифференциальную диагностику гриппа проводят с: **Менингококковой инфекцией, ГЛПС, парагриппом**

6. Показанием к госпитализации при гриппе: **Одышка, боль 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 сезонного гриппа следует закончить не позднее чем за _____ до начала эпидемического сезона: **2-3 недели**
12. механизмом, обуславливающим изменчивость вируса гриппа А: **шифтреассортация**

Ситуационная задача 77

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, серозное отделяемое из носовых ходов, боль в горле при глотании, осиплость голоса и грубый, «лающий» кашель

Анамнез заболевания

. Со слов пациента заболел остро 3дня назад утром, когда постепенно появились озноб, слабость, головнаяболь, снизился аппетит, повысилась температура тела до 37,5° С.. К вечеру этого же дняприсоединились заложенность носа,боль в горле при глотании, осиплостьголоса, «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 непрививался

Объективный статус

Температура тела 38°С.Больной вялый, ослаблен.Кожные покровы суховаты, горячиена ощупь, физиологической окраски,сыпи нет.Умеренный отек слизистой носа,необильное серозное отделяемое из носовых ходов.. Гиперемия и зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки.Осиплость голоса.Периферические заднешейныелимфоузлы 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. Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является: **ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин)**
2. Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе: **парагрипп, средней степени тяжести**
3. Основным синдромом поражения дыхательных путей при парагриппе является: **ларингит**
4. Частым неспецифическим осложнением при парагриппе является: **Вторичная бактериальная пневмония**
5. Специфическим осложнением парагриппа является: **ложный круп**
6. Тактика ведения данного больного включает **Госпитализация в инфекционное отделение**
7. В лечении неосложненного парагриппа средней степени тяжести используется терапия: **симптоматическая**
8. При выраженном ларингите у больных с парагриппом рекомендуется прием **фенпирида**
9. При лечении парагриппа пациента с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента целесообразно назначить: **противокашлевые средства**
10. Применение антибиотиков при парагриппе показано: **при присоединении вторичной инфекции**
11. Для медикаментозной неспецифической профилактики парагриппа используют: **интерферон-альфа**
12. Инкубационный период при парагриппе составляет до: **7 дней**

Ситуационная задача 78

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, 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: не отягощен. 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, непроизвольное 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. ЗрО₂ - 87% (при дыхании атмосферным воздухом). 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; 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 II ст.**

4. К симптомам тяжелого течения гриппа с развитием ранних осложнений относят: **Быстро нарастающую одышку с кровавистой 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, 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. Инкубационный период при гриппе составляет до: **7 суток**

Ситуационная задача 79

На прием к участковому врачу пришел пациент 62-х лет на 3-ий день болезни.

Жалобы на небольшое повышение температуры, познобливание, умеренную головную боль, першение и сухость в горле и носу, заложенность носа, скудный насморк, приступообразный кашель.

Анамнез заболевания

Заболевание началось постепенно с недомогания, познобливания, небольшой головной боли, повышения температуры тела до $37,3^{\circ}\text{C}$, 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 днях перенес респираторно-синцитиальную инфекцию. Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. 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 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

неувеличены. 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 оправления в норме. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является: **ПЦР – диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин)**
2. Какой основной диагноз? **Респираторно-синцитиальная инфекция, назофарингит, легкой степени тяжести**
3. Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерно развитие **Бронхита, бронхолита**
4. Для ранней диагностики респираторных нарушений пациентам с респираторно-синцитиальной инфекцией рекомендовано выполнение: **пульсоксиметрия**
5. Одним из осложнений респираторно-синцитиальной инфекции является: **отит**
6. Дифференциальную диагностику респираторно-синцитиальной инфекции в начальный период проводят с: **гриппом, 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. С целью улучшения отхождения мокроты при продуктивном кашле больных с респираторно-синцитиальной инфекцией назначают: **муколитические средства**
11. Инкубационный период при респираторно-синцитиальной инфекции составляет до: **6 дней**
12. Неспецифической профилактической мерой при респираторно-синцитиальной инфекции служит: **Промывание носа изотоническими растворами**

Ситуационная задача 80

На прием к участковому врачу прибыл пациент 25 лет на 3-й день болезни.

Жалобы на повышение температуры до 37,3, общую слабость, чувство познобливания, затруднения носового дыхания, чихание, обильное серозное отделяемое из носа, першение в носоглотке, снижение обоняния

Анамнез заболевания

Заболел остро с повышением температуры тела до 37,4°C, чувствасухости 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: среди сотрудников офиса 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. Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является: **ПЦР – диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин)**
2. Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно думать о диагнозе: **Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести**
3. При риновирусной инфекции в первую очередь поражается: **плоский эпителий**
4. Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является: **гайморит**
5. Для риновирусной инфекции характерно наличие: **аносмии**
6. В острый период риновирусной инфекции требуется: **амбулаторное лечение**
7. Патогенетическая терапия риновирусной инфекции включает применение: **антиконгестантов**
8. Учитывая клинические данные, можно заподозрить развитие: **синусита**
9. При развитии синусита показано проведение: **МРТ придаточных пазух**
10. Препаратом выбора при бактериальных риносинуситах является: **амоксцилин**

11. Профилактические меры при риновирусной инфекции включают: **Изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений**

12. Инкубационный период риновирусной инфекции составляет до: **3-х суток**

ЗАДАЧА № 121

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 58 лет.

Жалобы на сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и жажда. К врачу с подобными жалобами обратилась впервые.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работает медсестрой. В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 5 кг. 6 лет назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления до 165/100 мм рт.ст., назначен Валсартан в дозе 180 мг) Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия детстве. Беременности – 2, роды – 2 (вес детей при рождении 3500 г и 4100 г). Наследственность: у матери мерцательная тахикардия, ишемический инсульт в 63 года. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: курит. Часто употребляет конфеты и газированные напитки.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 167 см, масса тела – 71 кг, индекс массы тела – 25,4 кг/м², температура тела – 36,5 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 – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 74 в минуту, АД – 120/75 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)

глюкоза плазмы натощак
гликированный гемоглобин (HbA1c)

2. Предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа

3. Для уточнения стадии поражения почек необходимо?

Оценить соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи

4. с учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек

С3б, А2

5. У пациентки присутствует следующая сопутствующая патология?

Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.
Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.

6. Рекомендации по изменению образа жизни включают **низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничение животного белка (не более 0,8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела**
7. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является $HbA_{1c} < 7,5$
8. В качестве сахароснижающей терапии следует назначить **лираглутид**
9. Для лечения осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии показано назначение **Индапамида, аторвастатина, валсартана**
10. Необходим повторный контроль HbA_{1c} через (в месяцах)
3
11. Оценка альбуминурии/протеинурии у больного с сахарным диабетом и хронической болезнью почек С3 должна проводиться 1 раз в ____ месяца/месяцев
6
12. У пациентки на додиализных стадиях ХБП необходим контроль уровня витамина
Д

Задача 122

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). Мониторинг гликированного гемоглобина и биохимического анализа крови проводился более года назад. Около года отмечается повышение артериального давления до 165/100 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 – 165/95 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. ЛПИ – 0,8.

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. Предполагаемый основной диагноз - это?

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 степени., 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

Задача 123

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: отрицает.

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 альбуминурии**
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 холестерина ЛНП для пациентки составляет < _____ ммоль/л
 - **2,5**

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 < 130 ; ≥ 70 и < 80

Задача 124

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 53 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.
Около 2 лет назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., назначен лозартан в дозе 100 мг).
Перенесённые заболевания: простудные.

Беременности – 1, роды – 1 (масса тела ребенка при рождении – 4200 г).

Наследственность: у отца инфаркт миокарда.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питание включает продукты с большим количеством легкоусваиваемых углеводов и животных жиров.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 164 см, масса тела – 98 кг, индекс массы тела – 36,5 кг/м², температура тела – 36,5°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, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 160/90 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)

глюкоза плазмы натощак

определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)

2. Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа

3. Пациентке необходимо провести дополнительные методы обследования (выберите 2)

офтальмоскопию при расширенном зрачке
анализ мочи на альбуминурию

4. С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

пролиферативная диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек ОУ

5. У пациентки из сопутствующей патологии присутствуют

артериальная гипертензия 2ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2ст

6. В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить **метформин и дапаглифлозин**

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

8. для лечения осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии показано лечение **аторвостатина, лозартана, инфапамида**

9. Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)(1)
3

10. через 6 месяцев после начала терапии выявлен острый цистит, HbA1c 7,0% . Пациентке необходимо **оставить прежнюю сахароснижающую терапию**

11. Оценка креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации у больного сахарным диабетом 2 типа должна проводиться не реже 1 раза в _____ месяца/месяцев
12

12. Профилактика прогрессирования диабетической ретинопатии у данной пациентки заключается в достижении уровня гликированного гемоглобина менее **7%**

Задача 125

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 эналаприл 10 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 артериальной гипертензии к эналаприлу целесообразно добавить
 - **гидрохлортиазид**
10. Для диагностики наличия диабетической нефропатии пациенту необходимо
 - **оценить альбуминурию**
11. Данному пациенту рекомендовано проведение самоконтроля артериального давления
 - **2-3 раза в день**
12. Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерны
 - **Микроаневризмы, мелкие интравитреальные кровоизлияния, твердые и мягкие экссудативные очаги**

ЗАДАЧА 126

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 27 лет.

Жалобы

на похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон; сердцебиение, потливость, ломкость ногтей, слезотечение, покраснение глаз.

Анамнез заболевания

В течение трех месяцев после сильного психо-эмоционального стресса стала отмечать сердцебиение, повышение аппетита, ломкость ногтей, снижение веса, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздраженной, появились слезотечение и инъекция склер, нарушение менструального цикла по типу олигоменореи.

В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает учителем.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции.
- Беременности — 1, роды — 1.
- Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, принимает левотироксин около 10 лет.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 168 см, масса тела – 59 кг, индекс массы тела – 21 кг/м², температура тела – 37°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 – 110 в минуту. АД – 130/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, деформирует ее, при пальпации умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Тремор рук. ОУ отек век, умеренная гиперемия конъюнктивы, экзофтальм, ретракция верхнего века – 1 мм, положительный симптом Грефе.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4), свободный трийодтиронин (св.Т3) сыворотки крови**
 - Антитела к рецептору тиреотропного гормона (АТ к рТТГ) сыворотки крови**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
 - **ультразвуковое исследование щитовидной железы**
 - **электрокардиография**
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - **Диффузный токсический зоб 2 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз. ЭОП, неактивная фаза, легкого течения**
4. Перед назначением лечения пациенту необходимо исследовать
 - **клинический и биохимический анализы крови**
5. Пациентке необходимо назначить
 - **тиамазол 30 мг, анаприлин 120 мг в сутки**
6. Для решения вопроса о снижении дозы тиреостатических препаратов необходимо провести
 - Исследование св.Т4 в сыворотке крови**
7. Определение уровня св. Т4 необходимо провести через неделю/недели от начала лечения
 - **4 – 6**

8. Лечение тиамазолом необходимо продолжать месяцев
- **12 – 18**

9. Пациентке рекомендована консультация
- **офтальмолога**

10. В связи с наличием эндокринной офтальмопатии пациентке надо порекомендовать глазные капли с
- **гипромеллозой**

11. Для снижения риска прогрессирования эндокринной офтальмопатии пациентке следует дать рекомендации
прекратить курение

12.Профилактика прогрессирования эндокринной офтальмопатии заключается в
- **Поддержание эутиреоза**

ЗАДАЧА 127

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 39 лет.

Жалобы

на головные боли, слабость.

Анамнез заболевания

Около года назад было выявлено повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст., в качестве гипотензивной терапии получает эналаприл 10 мг в сутки.

В течение 2 лет наблюдается у врача-гинеколога с олигоменореей.

3 месяца назад появилась и стала нарастать мышечная слабость в ногах.

В течение года поправилась на 8 кг.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает преподавателем.

Перенесённые заболевания: детские инфекции.

Менструации нерегулярные (менструальный цикл от 28 до 45 дней), скудные, безболезненные.

Беременностей 2 (в 29 и 36 лет, наступили самостоятельно, протекали без угрозы прерывания, роды в срок).

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, распределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу, рост – 165 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – 26,7 кг/м², температура тела – 36,8°С.

Лицо лунообразное, рубец щек. Кожные покровы: на лице, спине, груди – элементы пиодермии, на боковых поверхностях брюшной стенки, в поясничной области – бордовые стрии до 2 см в ширину, периферические лимфоузлы не

увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, не увеличена, подвижная при глотании, узловые образования не пальпируются. Глазных симптомов нет.

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение

- **кортизона в слюне, собранной в 23.00**

2. Для подтверждения заболевания необходимо провести

- **ночной тест с 1 мг дексаметазона**

3. Для дифференциальной диагностики патогенетических вариантов заболевания необходимо выполнить

- **большой дексаметазоновый тест**

4. Для топической диагностики пациентке необходимо провести

- **МРТ гипофиза**

5. Изменения косвенно подтверждают наличие заболевания

- **в клиническом анализе крови**

6. Какой диагноз вы поставите пациентке?

- **Болезнь Иценко – Кушинга средней степени тяжести. Микроаденома гипофиза. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичная олигоменорея**

7. Методом выбора лечения кортикотропиномы является

- **трансназальная селективная аденомэктомия**

8. Прединдиктором успешного лечения является

- **размер опухоли менее 10 мм**

9. До госпитализации пациентке необходимо назначить

- **препарат калия**

10. После нейрохирургического лечения ремиссия заболевания с низким риском рецидива регистрируется при

- **лабораторно подтвержденной (кортизол в крови менее 50 нмоль/л) надпочечниковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде**

11. Восстановление трудоспособности после патогенетического лечения происходит в течение

- **3 – 12 месяцев**

12. В течение первого года после операции пациентку необходимо вызывать на осмотр

- **1 раз в три месяца**

ЗАДАЧА 128

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 34 лет

Жалобы

боль при глотании

боли по передней поверхности шеи, иррадиирующие в околоушную область, шею, затылок

сердцебиение

потливость

повышение температуры тела до 38,2°C

Анамнез заболевания

4 недели назад заболела гриппом (диагноз подтвержден лабораторно), была лихорадка до 39° С, слабость, на 3-и сутки начался ринит. Через неделю от начала заболевания чувствовала себя удовлетворительно, жалоб не предъявляла, была выписана на работу. Накануне визита к терапевту стала отмечать боль по передней поверхности шеи, иррадиирующую в околоушную область и затылок, боль при глотании, сердцебиение, потливость.

В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов и повышением температуры тела до 38,2 С пришла на прием к участковому врачу-терапевту.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает преподавателем в ВУЗе.

Перенесенные заболевания: детские инфекции

Беременности — 2, роды — 2.

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 – 38,4°C. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, при пальпации плотная, резко болезненная, кожные покровы шеи обычной окраски, гиперемии нет. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Тремор рук. Глазные симптомы - положительный симптом Грефе.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **клинический анализ крови**
 - **тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4), свободный трийодтиронин (св.Т3) сыворотки крови**
2. Выберите необходимые для обследования инструментальные методы исследования (выберите 2)
 - **ультразвуковой исследование щитовидной железы**
 - **сцинтиграфия щитовидной железы**
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - **Подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза**
4. Тест Крайля заключается в
 - **уменьшение болезненности в области шеи и снижение СОЭ через 24 – 72 часа при назначении 20 – 30 мг преднизолона**
5. Пациентке необходимо назначить
 - **преднизолон 30 мг в сутки**
6. Критерием для снижения дозы преднизолона служит
 - **уменьшение (иссечение) болей в щитовидной железе, нормализация СОЭ**
7. Учитывая наличие тиреотоксикоза, пациентке необходимо назначить
 - **анаприлин**
8. Лечение преднизолоном проводят в течение месяцев
 - **2 – 3**
9. При снижении дозы преднизолона к лечению можно добавить
 - **напроксен**
10. Через 2-4 месяца от начала заболевания развивается стадия
 - **гипотиреоидная**
11. В большинстве случаев подострый тиреоидит заканчивается
 - **выздоровлением**
12. В большинстве случаев гипотиреоидная фаза подострого тиреоидита
 - **не требует назначения левотироксина**

Ситуация

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.

Перенесенные 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, t 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 (св.Т4), свободный трийодтиронин (св.Т3) 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 радиойодтерапии

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

ЗАДАЧА № 130

Ситуация

На прием в поликлинику обратился мужчина 36 лет

Жалобы

На постоянное повышение артериального давления, максимально до 180/100 мм рт.ст., адаптирован к 150/90 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, покраснением лица

На спонтанно возникающее ощущение жжения, покалывания, ползания мурашек в области верхних и нижних конечностей

На ощущение недомогания, слабости

Учащенное мочеиспускание, преимущественно в ночные часы.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления беспокоит около полугода, впервые было выявлено случайно, при прохождении диспансеризации. Периодически возникавшие головные боли с гипертонией не связывал, однако в дальнейшем при самостоятельном измерении АД прослеживалась четкая взаимосвязь с повышением САД более 170 мм рт.ст. Точное время возникновения симптоматики парестезий и слабости указать не может, однако отмечает, что за последние три месяца произошло значительное снижение трудоспособности.

В связи с этим обратился на консультацию к терапевту поликлиники.

До обращения постоянную гипотензивную терапию не получал, при повышении артериального давления, сопровождавшемся головной, болью самостоятельно принимал капотен 25 мг под язык с умеренным положительным эффектом.

На руках у пациента имеются данные общего анализа крови (без отклонений) и биохимического анализа крови (обращает на себя внимание снижение уровня калия крови до 2.5 ммоль/л)

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает врачом-травматологом в травмпункте.

1. Для постановки диагноза необходимо определить уровень **Альдостерон/ренинового соотношения (АРС)**
2. Для определения варианта первичного гиперальдостеронизма необходимо провести **Компьютерную томографию надпочечников**
3. основной диагноз пациента **Альдостерома левого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени**
4. Методом выбора в лечении подтипов первичного гиперальдостеронизма с односторонней гиперпродукцией альдостерона является **Лапароскопическая односторонняя адреналэктомия**
5. При выявлении увеличения альдостерон/ренинового соотношения, если имеются противопоказания или пациент отказывается от дальнейших необходимых исследований, показано лечение **Антагонистами минералокортикоидных рецепторов**
6. Основными препаратами, используемыми в качестве предоперационной подготовки, а также у пациентов имеющих противопоказания к хирургическому лечению, являются **Антагонисты минералокортикоидных рецепторов**
7. К основным неблагоприятным побочным эффектам спиронолактона не относится **Снижение остроты зрения**
8. Основным преимуществом использования эплеренона, в особенности у пациентов молодого возраста, является

Отсутствие антиандрогенного эффекта

9. Сохранение артериальной гипертензии после хирургического лечения не наблюдается при **Обратимых сосудистых изменениях, развившихся на фоне существовавшего гиперальдостеронизма.**

10. Противопоказанием к назначению антагонистов минералокортикоидных рецепторов является _____ степень хронической болезни почек

IV

11. Нормализация АД или максимальное улучшение течения АГ в типичных случаях наступает через _____ после односторонней адреналэктомии

1-6 месяцев

12. больные с резидуальной АГ после удаления альдостеромы наблюдаются врачом-кардиологом в соответствии со

Степенью риска ССО

ЗАДАЧА №131

Ситуация

На прием в поликлинику обратилась женщина 39 лет

Жалобы

На постоянное повышение артериального давления, максимально до 190/110 мм рт. ст., адаптирована к 160/90 мм рт. ст., сопровождающееся недомоганием, общей слабостью

На увеличение массы тела с 75 до 96 кг за последние 3-5 месяцев

Нерегулярность менструального цикла, отсутствие менструальных кровотечений на протяжении последних трех месяцев, беременность отрицает

Периодически возникающие гнойничковые высыпания преимущественно на коже спины

Постоянно пониженный фон настроения, снижение трудоспособности

Анализ заболевания

Повышение артериального давления беспокоит последние 3-5 месяцев, впервые выявлено при самостоятельном измерении, когда на фоне быстрого набора веса стала регулярно ощущать недомогание и слабость. Набор массы тела ни с чем связать не может, режим питания и физической активности за указанный промежуток времени не менялся. Нарушения менструального цикла возникли впервые, по этому поводу обратилась к гинекологу. Для исключения аменореи центрального генеза была направлена к терапевту поликлиники. Гипотензивную терапию никогда не получала.

Анамнез жизни

Работает менеджером в банке.

Перенесённые заболевания, операции: миопия высокой степени обоих глаз, операция кесарево сечение от 2004 года.

Объективный статус

в области 7 шейного позвонка определяется «климактерический горбик»

1. Для постановки диагноза из лабораторных методов обследования необходимо назначить **Определение кортизола в слюне и уровень адренокортикотропного гормона утром**

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования **Компьютерная томография надпочечников**

3. Основной диагноз пациентки следующий

Кортикостерома левого надпочечника. Синдром Иценко-Кушинга. Симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО очень высокий

4. Методом выбора в лечение АКТГ – независимого эндогенного гиперкортицизма является
Лапароскопическая односторонняя адреналэктомия

5. В качестве гипотензивных препаратов у пациентов с синдромом Иценко-Кушинга не рекомендуется к использованию

Фуросемид и тиазидные диуретики

6. При синдроме гиперкортицизма в качестве терапии первой линии могут быть использованы
Антагонисты рецепторов ангиотензина II и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

7. У пациентов с гиперкортицизмом при отсутствии гипокалиемии в дополнение к препаратам первой линии можно использовать

Блокаторы медленных кальциевых каналов

8. У пациентов с гиперкортицизмом при наличии гипокалиемии в дополнение к препаратом первой линии могут быть использованы

Антагонисты минералкортикоидных рецепторов

9. Неблагоприятным побочным эффектом спиронолактона, снижающем приверженность к лечению у мужчин, является

Болезненная гинекомастия

10. Основным преимуществом использования эплеренона, в особенности у пациентов молодого возраста, является

Отсутствие антиандрогенного эффекта

11. При условии стабильного течения заболевания больные АГ эндокринного генеза наблюдаются участковым врачем-терапевтом, врачом-терапевтом цехового лечебного участка, врачом общей практики (семейный врач), врачом-кардиологом и врачом-эндокринологом ____ раз/раза в год

2

12. Диспансерное наблюдение пациентов с АГ эндокринного генеза врачом-кардиологом осуществляется в соответствии

Со степенью риска сердечно-сосудистых осложнений

ЗАДАЧА 132

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 60 лет

Жалобы

на выраженную одышку при малейшей физической нагрузке

на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты

на плохую переносимость физических нагрузок низкой интенсивности

Анамнез заболевания

Около 15 лет назад пациент впервые стал отмечать одышку при значительных физических нагрузках, которая со временем нарастала, стал ходить по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста,

толерантность к Физическим нагрузкам снижалась, присоединился малопродуктивный кашель. Лечение не получал. В течение последней недели отметил увеличение выраженности одышки.

Анамнез жизни

- пациент курит в течение 40 лет по 1 пачке сигарет в день
- в течение 30 лет работал электриком и газосварщиком

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

- **клинический анализ крови**
- **цитологический анализ мокроты**

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

- **функция внешнего дыхания**
- **рентгенография органов грудной клетки**
- **электрокардиография**

3. Какой основной диагноз?

- **Хроническая обструктивная болезнь легких 2 степени нарушения, бронхиальной проходимости, эмфизематозный вариант, с выраженными симптомами, в фазе обострения**

4. Как осложнение основного заболевания у пациента развилась

- **дыхательная недостаточность**

5. Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- **SAT, mMRC**

6. Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- **значение ОФВ₁/ФЖЕЛ<70% в постбронходилатационной пробе**

7. Для лечения обострения у заболевания необходимо назначить

- **бронходилататор через небулайзер в сочетании с коротким курсом пероральных или ингаляционных ГКС**

8. После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- **β₂ – адреномиметики длительного действия с М – холинолитиком длительного действия**

9. В план лечения пациента у дополнительно необходимо включить

- **длительную кислородотерапию и дыхательную гимнастику**

10. В план лечения пациента у дополнительно нужно включить

- **проведение вакцинации по графику**

11. Необходимо предусмотреть у вакцинацию пациента с ХОБЛ против
- гриппа

12. Обязательные мероприятия ч по изменению образа жизни должны включать
- отказ от курения и физическую активность

ЗАДАЧА №133

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 56 лет

Жалобы

повышение температуры тела до 38,5 °С

кашель с отделением зелено-жёлтой вязкой мокроты

одышка при незначительной физической нагрузке (подъём по лестнице на несколько ступеней)

общую слабость

Анамнез заболевания

Около 25 лет пациент отметил возникновение кашля с отделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты.

Последние 10 лет беспокоит одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гнойности мокроты, повышением температуры тела.

За прошедший год 2 раза находился на стационарном лечении в связи с усилением имеющихся симптомов. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней.

Самостоятельно начал приём амброксола, парацетамола без значимого эффекта.

Анамнез жизни

. пациент курит с 26 лет по 20 сигарет в сутки

- работает в офисе с документами

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,5 °С. ИМТ — 27 кг/м². Кожные покровы цианотичны, горячие на ощупь. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии — коробочный звук. При аускультации — дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД = 20 в мин. Пульс 105 в мин. АД = 110 и 70 мм рт.ст.

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

•клинический анализ крови

•цитологический анализ мокроты

- С-реактивный белок**
- микробиологическое исследование мокроты**

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

- функция внешнего дыхания**
- рентгенография органов грудной клетки**
- электрокардиография**

3. У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ**

4. Основной диагноз можно сформулировать как

- ХОБЛ, бронхитический вариант, 3 степени нарушения бронхиальной проходимости, в фазе обострения**

5. Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- САТ, mMRC**

6. Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- значение ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% в постбронходилатационной пробе**

7. Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- бронходилататор (беродуал) через небулайзер**

8. Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить препарат

- антибактериальный (амоксциллин/клавулановая кислота)**

9. После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- β2-адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия**

10. При ведении пациента с бронхитическим фенотипом ХОБЛ с частыми обострениями заболевания на длительный прием дополнительным служит назначение

- рофлумиласта (даксас)**

11. В план ведения пациента дополнительно нужно включить

- Проведение вакцинации против гриппа**

12. Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать

- Отказ от курения и физическую активность**

ЗАДАЧА №134

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 56 лет

Жалобы

повышение температуры тела до 38,0 °С
кашель с отделением зеленоватой плохо откашливаемой мокроты
одышка при небольшой физической нагрузке
общую слабость
потливость

Анамнез заболевания

На протяжении около 16 лет пациентка отмечала кашель с отделением небольшого количества мокроты.

Последние 10 лет присоединилась одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гнойности мокроты, с повышением температуры тела, по поводу чего самостоятельно принимала разные группы антибактериальных препаратов. 5 дней назад после переохлаждения отметила настоящее ухудшение состояния. От приема микстуры от кашля эффекта не отметила.

Анамнез жизни

пациентка курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день
ранее работала переводчиком, в настоящее время не работает
аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,2 °С. ИМТ — 25,5 кг/м².
Кожные покровы горячие на ощупь. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии — коробочный звук. При аускультации — дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД = 24 в мин. Пульс 108 в мин. АД = 125 и 70 мм рт.ст.

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

микробиологическое исследование мокроты

цитологический анализ мокроты

клинический анализ крови

С-реактивный белок

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

рентгенография органов грудной клетки

электрокардиография

функция внешнего дыхания

3. У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ

4. Основной диагноз можно сформулировать как **Хроническая обструктивная болезнь лёгких 2 степени нарушения бронхиальной проходимости, смешанный вариант, с выраженными симптомами, в фазе обострения**
5. Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам **CAT, mMRC**
6. Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит **значение ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% в постбронходилатационной пробе**
7. Для лечения обострения заболевания необходимо назначить **бронходилататор (беродуал) через небулайзер**
8. Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить препарат **муколитический (N-ацетилцистеин) или Карбоцистеин**
9. После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию **b2-адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия**
10. При учащении обострений ХОБЛ в дальнейшем на длительный прием целесообразно будет назначить **рофлумиласт (даксас)**
11. Необходимо предусмотреть вакцинацию против **гриппа**
12. Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать в себя **Отказ от курения**

ЗАДАЧА 135

Ситуация

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. Отмечается гипотрофия мышц правой руки, сила кистевого хвата справа снижена. ЧДД 20 в минуту. SpO₂ 95%. Грудная клетка нормостенческой формы, симметрична, перкуторный звук ясный легочный, справа в подключичной области притупление. При аускультации над лёгкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание больше справа в подключичной области.

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 (TNM)**

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 ____ мес.

3

10. С помощью опухолюассоциированных 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 №136

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. ДНІ

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 **системные глюкокортикостероиды**
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 средств индивидуальной защиты**
12. Поражение легких по типу альвеолита может вызывать **амиодарон**

ЗАДАЧА 137

Пациент 46 лет вызвал участкового врача на дом.

Жалобы

На стойкое повышение температуры тела до 37,6°C, 39-39,5°C в вечерние часы, сопровождающиеся потрясающим ознобом, головной болью, ломотой в мышках и суставах, выраженной общей слабостью, при снижении температуры – профузная потливость;

На одышку при умеренной, повседневной нагрузке (поход в магазин, прогулка), усугубление одышки в положении лежа на спине ;

На выраженное похудение, на 8 кг за 1 месяц;

Высыпания на коже груди и ног, не сопровождающиеся зудом и шелушением.

Анамнез заболевания

Повышение температуры тела, высыпания беспокоят около 4 недель. Заболевание переносил на ногах, пробовал лечиться самостоятельно, принимал антибиотики (левомицетин), обезболивающие/жаропонижающие (анальгин, парацетамол). На фоне приема препаратов отмечал незначительное улучшение состояния. Последние две недели в связи с присоединением и прогрессированием симптоматики одышки, выраженным снижением переносимости физических нагрузок, вызвал участкового врача поликлиники.

При более детальном расспросе указывает, что за неделю до появления симптоматики перенес экстирпацию зуба.

Анамнез жизни

Работает слесарем.

Вредные привычки: курил с 19 до 40 лет, на данный момент не курит.

Объективный статус

Кожные покровы бледным с землистым оттенком, видимые слизистые бледно розового цвета, отёков нет, на коже передней поверхности грудной клетки и нижних конечностей (голена, в большей степени стопы) определяются петехиальные высыпания размером от 1 до 2 мм.

При аускультации определяется ослабление I и II тона сердца, во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина выслушивается тихий диастолический шум.

1. . Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования
Бактериологическое исследование крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
Трансторакальное эхокардиографическое исследование

3. Основной диагноз пациента

Острый бактериальный эндокардит нативного аортального клапана. Возбудитель Streptococcus viridans. Иммуновоспалительная фаза. Недостаточность аортального клапана III степени. Функциональная недостаточность митрального клапана II-III степени. Хроническая сердечная недостаточность II стадии IIA степени по NYHA. Гепатолиенальный синдром

4. Оптимальной техникой забора крови на бактериологическое исследование является _____, материал должен быть помещен в аэробную и анаэробную среды. Сбор образцов должен происходить до назначения антибиотикотерапии.

Трехкратное взятие образцов крови из периферической вены (10 мл) с интервалом в 30 минут

5. Вы прибыли на повторный визит к пациенту, по данным ЭХО-КГ исследования, диагностировано наличие вегетаций, пролабирующих в выводной отдел левого желудочка в диастолу. Ваша дальнейшая тактика заключается в

Неотложной госпитализации пациента в кардиологический/терапевтический стационар, консультации пациента у сердечно-сосудистого хирурга, для решения вопроса о хирургическом лечении

6. Эффект от антибиотикотерапии, назначенной эмпирически (до получения результатов посева крови), оценивается через ____ часа/ов

48-72

7. Для лечения данного пациента не может быть использована следующая комбинация антибиотиков

Офлоксацин+гентамицин

8. Основным критерием выбора антибиотика для лечения инфекционного эндокардита у данного пациента являются

Результат пробы на чувствительность к антибиотикам

9. Продолжительность антибактериальной терапии инфекционного эндокардита нативного клапана составляет

От 2 до 6 недель

10. К основным критериям эффективности антибиотикотерапии относят **Нормализацию температуры, отсутствие роста бактерий при повторном посеве крови, положительную динамику данных ЭХО-КГ**

11. Антибиотикопрофилактика перед выполнением стоматологических процедур повышенного риска назначается пациентам **Высокого риска**

12. Антибиотикопрофилактика проводится при **Манипуляциях, связанных с перфорацией полости рта**

ЗАДАЧА 138

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.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 5)

определение микроальбуминурии

определение уровня гликированного гемоглобина

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

липидный спектр

2.Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 4)

суточное мониторирование ЭКГ

электрокардиограмма

эхокардиография

УЗДГ сонных артерий

3.Какой диагноз можно поставить данному больному?

Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени повышения АД, риск очень высокий (4). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 степени.

4.Для оценки величины сердечно сосудистого риска у данной пациентки **применение специальных шкал не требуется**

5.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

6.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**

7.При коррекции антигипертензивной терапии у пациентки показано(а) **дополнительное назначение препарата из группы антагониста кальция (амлодипин)**

8.Целевым уровнем АД для пациентки с артериальной гипертензией и сахарным диабетом является < _____ мм рт. ст.

140/80

9.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**

10.Правильными рекомендациями по нефропротекции для этой пациентки являются **прием ингибиторов АПФ, статинов, ограничение нефротоксичных препаратов (в т.ч. НПВП), контроль уровня креатинина и калия**

11.По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентки выявлено 4780 желудочковых экстрасистол. Правильной тактикой лечения является **назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии**

12.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**

ЗАДАЧА 139

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) вместе с одновременным назначением комбинированной АГТ**

8) К запрещенным комбинациям относят **иАПФ и сартаны**

9) Критерием эффективности антигипертензивной терапии служит **достижение целевых значений АД ниже 140 и 90 мм рт.ст.**

10) К цереброваскулярным заболеваниям, которые учитываются при стратификации риска **ишемический инсульт**

11) К факторам сердечно-сосудистого риска относится курение и **дислипидемия**

12) Степень артериальной гипертензии определяется **цифрами АД**

ЗАДАЧА 140

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.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) **клинический анализ крови**

биохимический анализ крови определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина

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

ЭхоКГ и стресс-ЭхоКГ

ЭКГ в покое

ЭКГ в пробе с дозированной физической нагрузкой

3. Какой диагноз можно поставить данному больной?

ИБС: стабильная стенокардия II ФК

4. Основным дифференциально-диагностическим критерием стабильной стенокардии является

Связь с физической нагрузкой

5. Тактика ведения данной больной включает

Амбулаторное лечение комбинированной антиишемической терапией

6. Препаратом выбора для купирования приступа стабильной стенокардии является

Нитроглицерин

7. Терапия стабильной стенокардии включает назначение

Кардиоселективных бета-адреноблокаторов

8. К основному классу липид-снижающих препаратов, используемых у больных ИСБ, относятся

Статины

9. Противопоказанием к назначению кардиоселективных бета-адреноблокаторов является

АВ-блокада II-III ст

10. Медикаментозная схема, используемая в лечении больных стабильной стенокардией, включает

Антиагреганты + бета-адреноблокаторы + статины

11. Немодифицируемым фактором риска ИБС у данной больной является

Возраст

12. Целевым уровнем холестерина ЛПНП у больного ИБС является значение _____ ммоль/л

Менее 1,4

ЗАДАЧА 141

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 160/100 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 НbА, 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 предтестовая вероятность ИБС у данной пациентки составляет от 66-85%

стресс-метод визуализации миокарда

3. Основной диагноз пациента

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

В-адреноблокаторов или блокаторов медленных Са-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, стенокардией напряжения I ФК и артериальной гипертензией предпочтительно использование следующей комбинации препаратов

ингибитор АПФ + недигидропиридиновый антагонист медленных Са-каналов или В-адреноблокатор

11. Больные со стенокардией I ФК наблюдаются врачом-кардиологом поликлиника (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 врачебной практики (семейным врачом)

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 двух лет 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: геморрой, ремиссия; хронический гастрит, ремиссия; трансуретральная резекция предстательной железы (по поводу ДГПЖ).

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Телосложение гиперстеническое, рост 1,95 м, вес 105кг, индекс массы тела 27.61кг/м

Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД 140/80 мм рт.ст.

1. Выберите наиболее правильное сочетание лабораторных методов обследования, необходимое для постановки диагноза

Общий анализ крови (определение уровня Hb и лейкоцитов), определение уровня креатинина крови, подсчет СКФ, анализ липидного спектра крови натошак.

2. Для постановки диагноза из инструментальных методов обследования предпочтительно провести

Инвазивную коронароангиографию

3. Основной диагноз пациента

Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз коронарных артерий (стеноз п/с ПНА до 75%). Стенокардия напряжения III ФК

4. К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудитых осложнений у данного пациента, относятся

Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени; избыточная масса тела; дислипидемия, наследственность; длительный анамнез употребления табака

5. У данного пациента можно предположить следующее сопутствующее заболевание респираторной системы

J44.9 – хроническая обструктивная болезнь неуточненная

6. Для предотвращения развития сердечно-сосудистых событий данному пациенту необходимо назначить следующие группы препаратов

Антиагреганты, гиполипидемические средства (статины), ингибиторы АПФ

7. Терапия стабильной ишемической болезни сердца первой линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает назначение короткодействующих нитратов и

В-адреноблокаторов или блокаторов медленных Са-каналов (длительного действия)

8. Терапия стабильной ишемической болезни сердца второй линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает сочетание таких препаратов, как

ивабрадин/никорандил/ранолазин/ триметазидин и **продолженных нитратов**

9. У пациента со стабильной ишемической болезнью сердца (с точки зрения эффективности и безопасности) оптимальной является доза аспирина ____ мг/сут

75-150

10. 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

1,5 и 1,5

11. У пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией предпочтительно использование следующей комбинации препаратов

ингибитор АПФ + селективный в-адреноблокатор

12. Вы направили пациента в специализированный стационар, для проведения инвазивной коронароангиографии. Пациент находится в очереди на госпитализацию. Больные со стенокардией IIIФк 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)

ЗАДАЧА 143

На прием в поликлинику обратилась женщина 46 лет

Жалобы

На периодически возникающие эпизоды повышения артериального давления, максимально до 250/120 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью, шумом в ушах, тошнотой, возникающие после умеренной физической нагрузки и нервного перенапряжения;

На ощущение учащенного сердцебиения, при самостоятельном измерении частота пульса – 105 уд/мин;

На снижение работоспособности, ощущение беспокойства и беспричинной тревоги;

На выраженную потливость.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы беспокоят около двух месяцев. Приступы, как правило, проходили самостоятельно, к врачу не обращалась, не обследовалась. Кардиотропную терапию никогда не применяла. Последние две недели стала отмечать учащение кризовых эпизодов до нескольких раз в день, повышение уровня тревожности. В связи с этим обратилась на консультацию к врачу поликлиники.

Анамнез жизни

Работает бухгалтером.

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

Биохимический анализ крови (глюкоза, альфа-амилаза, АСТ, АЛТ, общий билирубин, креатинин, липидный профиль, К,Na)

Анализ крови на уровень Т3, Т4, ТТГ

Определение концентрации метанефрина в суточной моче

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

Ультразвуковое исследование надпочечников, при обнаружении признаков наличия новообразования – компьютерная томография брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

Феохромоцитома правого надпочечника, с частыми гипертоническими кризами средней тяжести

4. У пациентов с феохромоцитомой в качестве консервативной терапии и предоперационной подготовки предпочтительно назначение **а- и в-адреноблокаторов**

5. Необходимо соблюдать следующую последовательность назначения препаратов **Назначение в-блокаторов только после достижения а-адреноблокирующего действия**

6. У данной пациентки может быть использована следующая комбинация гипотензивных препаратов **Доксазозин + атенолол**

7. При назначении а-адреноблокатора (доксазозина), в начале терапии пациенту необходимо соблюдать следующие рекомендации **Строгий постельный режим в течение 2-3 дней**

8. альфа-адреноблокаторы должны быть назначены минимум за ___ дня/дней до операции

7

9. Критерием эффективности терапии адреноблокаторами является **Уменьшение количества кризов и амплитуды повышения артериального давления**

10. Оптимальным методом лечения феохромоцитомы в данном случае является **Хирургический – правосторонняя адреналэктомия**

11. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через _____ недели/недель после операции
2-4

12. Лабораторное обследование пациентов после перенесенной операции адреналэктомии проводится
1 раз в год

ЗАДАЧА 144

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 37,8⁰С (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 рефлексы 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

7-дневным курсом

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

12. К очевидным факторам затяжного течения пневмонии у пациентки, помимо наличия сопутствующих заболеваний и тяжелого течения пневмонии, относятся **возраст старше 65 лет**

ЗАДАЧА 145

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. SpO₂ – 96%, 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.

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. Продолжительность антибактериальной терапии должна составлять **5-7 суток**
10. В качестве симптоматической терапии данному пациенту показано назначение **муколитиков**
11. К возможным осложнениям данного заболевания относится **острый респираторный дистресс-синдром**
12. Предрасполагающим фактором развития заболевания у пациента можно считать **переохлаждение**

ЗАДАЧА 146

Больная Б. 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы на повышение т тела до 39,0 слабость, кашель с отхождением слизисто-гноной мокроты, инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке и в покое.

Анамнез заболевания Отмечает ухудшение состояния 3 дня назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39,2 С, появился сухой кашель. Лечилась народными средствами. Стала отмечать одышку при умеренной, а затем и незначительной физической нагрузке.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет в умеренном количестве. По профессии менеджер.

объективный статус

состояние средней тяжести. Вес 74 кг, рост 175 см, температура тела 38. Цианоз губ, кожные покровы горячие на ощупь, повышенной влажности.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) **общий анализ крови, общий анализ мокроты**

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования является (выберите 2) **рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямая и боковая), ЭКГ**
3. На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больной может быть установлен клинический диагноз **внебольничная нижнедолевая пневмония с поражением правого легкого, тяжелое течение. Дыхательная недостаточность**
4. Для скрининговой оценки тяжести пневмонии следует использовать шкалу **CURB-65**
5. Дифференциальную диагностику пневмонии у молодой пациентки в первую очередь следует проводить с **инфильтративным туберкулезом легких**
6. Терапия данной больной должна проводиться **в отделении реанимации и интенсивной терапии**
7. Терапией выбора для стационарного лечения внебольничной пневмонии тяжелого течения является комбинация **аммоксициллина клавунолат и макролида**
8. Симптоматическая терапия пневмонии включает назначение **НПВС**
9. Критерием эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмониями является _____ в течение _____ после назначения антибиотика **снижение температуры; 48-72 часа**
10. Альтернативной схемой для лечения тяжелой пневмонии в стационаре является комбинация **респираторных фторхинолонов с цефалоспорины III поколения**
11. У госпитализированной больной должны применяться антибактериальные препараты с _____ путем введения **внутривенным**
12. Контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды, недавнее (<2 нед) морское путешествие/проживание в гостинице увеличивает риск развития пневмонии, вызванной **Legionilla spp.**

ЗАДАЧА 147

Больной В. 63 лет, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на повышение температуры тела до 37,5, кашель с отхождением слизистой мокроты, выраженную слабость, потливость

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении 4 дней, когда после переохлаждения внезапно стала повышаться температура тела до 37,5 С, появился кашель со слизистой мокротой. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал доксициклин без эффекта: к третьим суткам заболевания температура тела повысилась до 38,3 С, присоединилась выраженная слабость, потливость, преимущественно в ночное время.

Анамнез жизни Вредные привычки: курит в течение 25 лет по пачке сигарет в сутки, алкоголь не употребляет По профессии кондитер

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются **общий анализ крови**
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования является **рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямая и боковая)**
3. На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больному может быть установлен клинический диагноз **внебольничная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого нетяжелого течения**
4. Появление у больного немотивированной слабости и потливости следует расценивать как проявление **интоксикационного синдрома**
5. Дифференциальную диагностику пневмонии у пожилого пациента следует проводить с **опухолью легкого**
6. Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии нетяжелого течения у пациента, имеющего в анамнезе факт приема антибактериального препарата более 2 суток, являются **ингибиторозащищенные аминопенициллины**
7. Тактика ведения данного больного заключается в **ведении в амбулаторных условиях**
8. Этиотропная антибактериальная терапия должна **начинаться как можно раньше после установления диагноза пневмония**
9. Критериями эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмониями следует считать _____ в течение 48-72 часов после назначения антибиотика **снижение температуры тела, уменьшение интоксикации, улучшение общего самочувствия**
10. При сохранении в течение 72 часов после назначения антибактериального препарата лихорадки на прежнем уровне, верной тактикой дальнейшего ведения больного является **пересмотр тактики лечения и повторная оценка целесообразности госпитализации пациента**
11. Средняя продолжительность антибактериальной терапии неосложненной пневмонии должна составлять _____ дней **7-10**
12. К клиническим особенностям пневмонии у лиц пожилого возраста относят **сонливость или беспокойство, спутанность сознания, анорексию, тошноту, рвоту**

ЗАДАЧА 148

Больной А. 19 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,0 повышенную потливость, общую слабость, утомляемость, кашель с отхождением мокроты слизисто-гнойного характера.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении двух дней, когда внезапно повысилась температура до 38,0 появилась слабость потливость утомляемость, кашель со слизисто-гнойной мокротой. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал парацетамол в таблетках.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы. Вес 78 кг, рост 185 см. Температура тела 38,5

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются **клинический анализ крови**
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования является **рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях**
3. На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больному может быть установлен клинический диагноз **внебольничная очаговая пневмония в нижней доле левого легкого нетяжелая**
4. Дифференциальную диагностику пневмонии у молодого пациента следует проводить с **туберкулезом легкого**
5. Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии легкого течения являются **аминопенициллины (амоксициллин)**
6. Тактика ведения данного больного заключается в **ведении в амбулаторных условиях**
7. К симптоматической терапии пневмонии относят назначение **НПВС**
8. Оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через ___ от ее начала **48-72 часа**
9. Основными критериями эффективности антибактериальной терапии является снижение температуры тела
10. Помимо *Streptococcus pneumoniae*, наиболее частыми возбудителями внебольничной пневмонии у молодых лиц без сопутствующей патологии являются ***Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae***

11. Развития внебольничной пневмонии, вызванной анаэробной флорой, следует подозревать у лиц с **аспирацией**

12. Внелегочным осложнением пневмонии является **миокардит**

ЗАДАЧА 149

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 33 лет

Жалобы на интенсивные боли в эпигастральной области через 30-60 минут после приема пищи и проходящие через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приема пищи. Амбулаторно при ЭГДС был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, прошли на фоне приема антацидов. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период. Год назад при рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал самостоятельно Ранитидин (300 мг сутки) в течение 1-2 недель. Настоящее обострение началось в марте, продолжается 3 недели, в течение недели принимает Ранитидин 300 мг в сутки, без эффекта

Анамнез жизни Курит в течение 8 лет по 15 сигарет в день. У отца язвенная болезнь желудка.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) **клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь**
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования является **эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с прицельной биопсией**
3. Диагноз, который можно поставить данному больному **Язвенная болезнь желудка, обострение**
4. К серологическим методам диагностика инфекции *H.pylori* относится выявление антител **IgA, IgM, IgG к *H.pylori***
5. обострение язвенной болезни желудка необходимо дифференцировать с **раком желудка**
6. Пациентам с обострением язвенной болезни желудка показан стол ___ по Певзнеру **1**
7. Лекарственными препаратами, блокирующими синтез соляной кислоты, являются **ингибиторы протонной помпы**

8. Стандартная тройная схема эрадикационной терапии (схема первой линии) включает **ингибитор протонной помпы (в стандартной дозе 2 раза в сутки) кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки) в течение 2 недель**
9. Пациент с язвенной болезнью желудка подлежит направлению на санаторно-курортное лечение **не ранее чем через 2-3 месяца после стихания обострения**
10. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности данного пациента составляют ____ дней **21-25**
11. Периодичность осмотров при диспансерном наблюдении пациентов с неосложненной язвенной болезнью желудка составляет ____ раз(а) в год **1**
12. Пациент с неосложненной язвенной болезнью желудка подлежит диспансерному наблюдению в течение ____ лет с момента последнего обострения **5**

ЗАДАЧА 150

Женщина 46 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы Учащенное неритмичное сердцебиение, ноющие боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе при минимальной физической нагрузке, дрожь в руках, потливость, слабость, быструю утомляемость

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб. Длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6 °С

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. Курит по 0,5 пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3) **клинический анализ крови, биохимический анализ крови, тиреотропный гормон и гормоны щитовидной железы**
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования является **электрокардиограмма, эхокардиограмма, суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ щитовидной железы**

3. Данной пациентке можно поставить диагноз **Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз. Тиреотоксическая кардиомиопатия. Нарушения ритма сердца: персистирующая фибрилляция предсердий. Артериальная гипертензия 2 ст., риск 4 (очень высокий). Хроническая сердечная недостаточность III функционального класса по NYHA. Тиреотоксическая офтальмопатия.**
4. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий следует использовать шкалу **CHA2DS2VASc**
5. У больных с фибрилляцией предсердий при отсутствии актикоагуляции наиболее частым осложнением является **кардиоэмболический инсульт**
6. У пациентки риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2VASc составляет 2 балла. Предпочтительным вариантом антитромботической терапии является назначение **прямых пероральных антикоагулянтов или варфарина под контролем МНО**
7. Правильной тактикой лечения фибрилляции предсердий у данной пациентки является **отказ от восстановления режима, назначение ритм-урежающей и антикоагулянтной терапии**
8. Лечение сердечной недостаточности у пациентки подразумевает **назначение комбинации ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов минералкортикоидных рецепторов и петлевых диуретиков**
9. На фоне назначения спиронолактона пациентам с сердечной недостаточностью возможно развитие **гиперкалиемии**
10. Для лечения основного заболевания щитовидной железы, которое привело к развитию осложнений, показано лечение **тиамазола (мерказолол)**
11. Радикальными методами лечения диффузного токсического зоба являются **хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом**
12. С целью профилактики эндокринной офтальмопатии пациентке следует дать рекомендации по **отказу от курения**

ЗАДАЧА 151

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 срединноключичной линии в 5 межреберье, верхняя 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.

1. Скрининговыми лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются (выберите 2) **биохимический анализ крови, общий анализ мочи**
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **эхокардиография**
3. Какой диагноз можно поставить больному? **Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск очень высокий. Хроническая болезнь почек С4, А3**
4. К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного относят **гипертрофию левого желудочка**
5. У больного имеется метаболическое нарушение в виде **гиперлипидемии**
6. Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является **УЗИ сонных артерий**

7. Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в **сочетании с назначением комбинации двух антигипертензивных препаратов**
8. Данному больному предпочтительнее назначить **лизиноприл + фуросемид**
9. Немедикаментозный компонент лечения данного пациента должен включать **отказ от курения**
10. Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до отметки ___ мм рт.ст. **130-139/70-79**
11. Диета для данного пациента должна включать **ограничение потребления поваренной соли**
12. У данного пациента следует воздержаться от назначения препаратов из группы **нестероидных противовоспалительных средств**

ЗАДАЧА 152

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.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) **Развернутый анализ крови с определением гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитарной формулы. Липидограмма**

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) **ЭКГ покоя в 12 отведениях, нагрузочные пробы: велоэргометрия или тредмилл-тест, или стрессЭХО-КГ, эхокардиография трансторакальная**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **ИБС: стабильная стенокардия напряжения 2 ФК**

4. Ведущим модифицируемым фактором риска развития атеросклероза, выявленным при первичном осмотре у данного пациента, является **Курение**

5. Пациента следует направить на коронароангиографию при **Неэффективности оптимальной медикаментозной терапии**

6. Для купирования приступов стенокардии пациенту следует назначить **Нитраты короткого действия под язык**

7. В качестве антиангинальной терапии в первую очередь пациенту необходимо назначить **Бета-адреноблокаторы**

8. При лечении больного со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС _____ в минуту **55-60**

9. Для профилактики атеротромботических осложнений пациенту следует назначить **Ацетилсалициловую кислоту (аспирин) в низких дозах 75-150 мг/сут**

10. При недостижении целевых уровней холестерина больному со стабильной стенокардией, получающему статины, следует добавить **Эзетимиб**

11. Для определения показаний к назначению статинов у больного со стабильной стенокардией использование шкалы SCORE **Невозможно**

12. Контрольные амбулаторные осмотры больному со стабильной ИБС на первом году лечения рекомендуется проводить **Каждые 4-6 мес**

ЗАДАЧА 153

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 присоединились 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.

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 IgG к тканевой трансглутаминазе-2**

2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования, относятся **Колоноскопия с биопсией слизистой оболочки при необходимости**
3. Какой диагноз можно поставить данной больной? **Синдром раздраженного кишечника с диареей**
4. Рациональной диетической рекомендацией пациентке является **Избегать прием пищи в спешке, в процессе работы**
5. Для лечения абдоминальной боли пациентке показано назначение **Спазмолитики**
6. Для купирования диареи пациентке показано назначение **Лоперамида гидрохлорид**
7. Альтернативным препаратов для купирования диареи является **Диоктаэдрический смектит**
8. К «симптомам тревоги» у пациентки относится **Отягощенная наследственность**
9. Элиминационная диета характеризуется **Ограничение 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 154

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 течении 40 лет по 20 сигарет в день

Перенесенные заболевания и операции:

1. Для оценки типа нарушений ритма сердца следует провести (выберите 2)

ЭКГ

суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру

2. Для верификации диагноза ХСН необходимо провести (выберите 3)

оценку имеющейся 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 **Бета-адреноблокаторы**
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 155

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. ИМТ - 33,52 кг/м². 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 второй 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. Скрининговыми лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются (выберите 2)

общий анализ мочи

биохимический анализ крови

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 поражениям органов-мишеней, связанных с артериальной гипертензией у больного относят **гипертрофию левого желудочка**

5. К метаболическим нарушениям, имеющимся у больного, относятся **ожирение**

6. К дополнительным инструментальным методам обследования больных артериальной гипертензией относят **эхокардиографию**

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. Немедикаментозные методы лечения данного пациента должны включать **регулярные физические аэробные нагрузки**

10. Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до отметки ____ 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 156

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.

1. 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, гликированного гемоглобина**

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

**суточное мониторирование ЭКГ
эхокардиография**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

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. Абсолютным противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является

Атриовентрикулярная блокада 3 степени

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 157

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, бисопролола, 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.

1. 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

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

Суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография

3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

ИБС: Стенокардия напряжения Пф.к

4. К осложнениям основного заболевания у пациента относится

ХСН II ф.к. по NYNA

5. У пациента имеется нарушение ритма сердца

Пароксизмальная форма ФП

6. Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является

Бета-блокатор, антикоагулянты, статины

7. Для профилактики пароксизмов ФП этому больному показано назначение

Соталола

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

Дабигатран

9. Для лечения ХСН больному показано назначение

Ингибиторов АПФ

10. При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг

АлТ, АсТ

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

МНО

12. Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является

Коронароангиография

ЗАДАЧА 158

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет

Жалобы

на сухой, свистящий кашель, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость, общую слабость, ухудшение состояния в ночное время с приступообразным удушливым кашлем.

Анамнез заболевания

Перенесла ОРВИ, около 3-х недель назад, с повышением температуры до 38,5°C, беспокоили насморк, головная боль. После чего сначала появился непродуктивный кашель, затем приступы свистящего дыхания, в последние дни стала возникать одышка при быстрой ходьбе, беге, сопровождающаяся приступообразным сухим кашлем. 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. Также сухой кашель и свистящее дыхание возникает во время проведения уборки дома, в запыленных помещениях, в ванной. Живёт в панельном доме, в угловой квартире.

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 Назаваль, Аллергодил назальный спрей по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером, Антигистаминные препараты второго поколения. Назначения были сделаны аллергологом, которого посещала около 6-7 лет назад, с тех пор к аллергологу не обращалась, лечилась по предложенной им схеме. 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.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются **определение аллергоспецифических иммуноглобулинов Е к пыльцевым, бытовым и грибковым аллергенам.**
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются **спирометрия и проба с бронхолитиком**
3. На основании клинико-анамнестических данных и результатов исследования данной пациентке можно поставить диагноз **Бронхиальная астма, впервые выявленная, персистирующая средне-тяжелого течения**
4. К факторам риска развития обострений бронхиальной астмы относится **чрезмерное использование короткодействующих бета-агонистов**
5. Для лечения бронхиальной астмы у данной пациентки целесообразно назначить **комбинация ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе + бета-агонист длительного действия**
6. Для терапии персистирующей бронхиальной астмы легкого течения ингаляционные **низких**
7. Для конца апреля - середины мая, в средней полосе России, характерно цветение таких растений, как **берёза, ольха, лещина, клен**
8. Перекрёстную пищевую реакцию пыльца берёзы даёт с **яблоками, грушами, персиками, черешней, вишней**
9. Доза ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения впервые выявленной бронхиальной астмы подбирается с учётом **выраженности симптомов**

10. При назначении бета-адреномиметика короткого действия как средства, купирующего приступы удушья, необходимо предупредить больного о возможности передозировки препарата с **тахикардией (ЧСС до 200 уд/мин), трепетанием желудочков**

11. Больной для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой должен отслеживать **суточные колебания пиковой скорости выдоха**

12. Факторами, провоцирующими проявление бронхиальной астмы, аллергического ринита являются **контакт с химическими веществами: стиральные порошки, моющие средства, употребление продуктов вызывающих перекрестную реактивность**

ЗАДАЧА 159

На приём к врачу- терапевту участковому обратился пациент 19 лет.

Жалобы

На непродуктивный кашель, ежедневную одышку и приступы затрудненного дыхания при физической нагрузке, чувство заложенности в груди, повышенную утомляемость, общую слабость, приступообразный кашель в ночное время, плохой сон.

Анамнез заболевания

Кашель и приступы удушья появились около 3-х недель назад, примерно 10 июля, когда пациент был на даче, резкое ухудшение при выходе на улицу, заметил улучшение в дождливую погоду, к врачу не обращался, принимал Амбробене.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Студент. Перенесенные и сопутствующие заболевания: Атопический дерматит среднетяжелого течения в фазе ремиссии. В фазе обострения принимает антигистаминные препараты (дезлоратадин), на кожу местные глюкокортикостероиды. Наблюдался у дерматолога. Наследственность: у матери в детстве атопический дерматит, аллергический ринит на цветение полыни. Аллергоанамнез: пищевая аллергия, проявляющаяся сыпью и зудом, не знает на что. Приступы свистящего дыхания при контакте с собакой. Вредные привычки: курит по 5-10 сигарет в день в течение 3 лет. Занимается спортом, в последние 2 недели не может, так как ощущает чувство нехватки воздуха, возникают приступы затрудненного дыхания.

Профессиональных вредностей не имеет.

1. Необходимым лабораторным методом исследования является **определение аллергоспецифических иммуноглобулинов E к злаковым травам**

2. Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является **спирометрия с проведением бронходилатационного теста**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **Бронхиальная астма впервые выявленная, аллергическая форма, персистирующая, средней тяжести течения. Атопический дерматит, в стадии ремиссии. Пищевая аллергия неуточненная.**

4. При невозможности провести спирометрию пациенту необходимо провести **пикфлоуметрию в течение 2-х недель и более**
5. Рекомендации по изменению образа жизни включают **элиминацию аллергена, отказ от курения.**
6. В качестве базисной терапии бронхиальной астмы у данного пациента необходимо назначить **ингаляционные глюкокортикостероиды + длительнодействующие бета-агонисты в низких дозах**
7. Рассмотрение вопроса о смене дозировки назначенного препарата, в сторону уменьшения. может быть произведён через дней **90**
8. В качестве вспомогательных средств фармакотерапии рекомендован приём **короткодействующих бета-агонистов по потребности**
9. Пациент жаловался на пищевую аллергию, проявляющуюся сыпью и зудом, но не знает на что, необходимым и разрешённым методом обследования в практике врача терапевта или пульмонолога является **исследование аллержоспецифических иммуноглобулинов E к пищевым аллерженам**
10. При аллержии на собаку, что вы порекомендуете, кроме элиминации животного из жилища **никаких животных не заводить**
11. Тяжелое течение у больных находящихся на базисной терапии длительное время характеризуется **терапией 4-5 ступени**
12. На пятой ступени терапии тяжелой аллержической бронхиальной астмы, с уровнем общего иммуноглобулина E 1200 МЕ, необходимо рассмотреть применение **омализумаба**

ЗАДАЧА 160

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 18 лет

Жалобы

На непродуктивный кашель, обостряющийся в ночное время, Приступы затрудненного дыхания во время быстрой ходьбы или бега, Повышенную тревожность, Плохой сон.

Анамнез заболевания

Около месяца назад, после употребления сыра с плесенью развился приступ удушья, была вызвана скорая помощь, введен в/в преднизолон, эуфиллин. Через несколько дней появился непродуктивный кашель, с приступами удушья при физической нагрузке. Кашель появляется также при уборке дома. Отмечает ухудшение состояния, приступообразным удушливым кашлем в ночное время и при посещении студенческой библиотеки. Температура не повышалась, других респираторных симптомов не было. Обоняние и вкусовые ощущения не изменялись. Ранее к врачу не обращалась самостоятельно принимала амбробене.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Студентка. Перенесённые заболевания: в детстве была часто болеющим ребенком. Беременности - 0, родов -0. Наследственность: у бабушки (со стороны матери) -Бронхиальная астма. Аллергоанамнез: без особенностей. Вредные привычки: курит по 5 сигарет в день. Профессиональных вредностей не имеет.

1. На основании клинико-анамнестических данных пациентке можно поставить предварительный диагноз **Бронхиальная астма впервые выявленная**
2. Необходимым для подтверждения диагноза инструментальным методом обследования является **спирометрия с проведением бронходилатационного теста**
3. На основании клинико-анамнестических данных и проведённых исследований данной больной можно поставить диагноз **Бронхиальная астма впервые выявленная, аллергическая форма, персистирующая, средней тяжести течения**
4. Для выявления спектра сенсибилизации у данной пациентки к необходимому лабораторному исследованию относится **определение алергоспецифических иммуноглобулинов Е к бытовым и грибковым аллергенам.**
5. В качестве базисной терапии бронхиальной астмы у данной пациентки необходимо назначить **низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + длительно действующие бета-агонисты**
6. Для данной больной подойдет режим единого ингалятора, он зарегистрирован для препарата **будесонид + формотерол в виде дозированного порошкового ингалятора (турбухалер)**
7. Для сенсибилизации к грибковым аллергенам характерны перекрестные пищевые реакции с **сыром, вином, кефиром, пивом**
8. При недостаточном ответе на проводимую терапию или после купирования обострения лечащему врачу необходимо в первую очередь **проверить технику ингаляции**
9. Доза ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения бронхиальной астмы подбирается с учётом **степени тяжести**
10. При развитии легкого или среднетяжелого обострения у данной пациентки необходимо в первую очередь **многократное применение ингаляционных короткодействующих бета 2 агонистов**
11. Тяжелое течение бронхиальной астмы у больных находящихся на базисной терапии длительное время характеризуется **терапией 4-5 ступени**
12. На пятой ступени терапии тяжелой аллергической бронхиальной астмы, с уровнем общего иммуноглобулина Е 1200 МЕ, необходимо рассмотреть применение **омализумаба**

Задача 201.

Больной Ф., 46 лет, строитель, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на боли в левом подреберье, общую слабость, многократный жидкий стул

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.

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 202.

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 жизни: 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.

1) Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- **общий анализ крови**

2) Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- **эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка**

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 30 минут после еды**

12) Для желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно

- **исчезновение болей, слабость**

Задача 203.

Ситуация

Больной Г. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику о мету жительства

Жалобы

На чувство быстрого насыщения, переполнения после еды, вздутие живота, тошноту. На ноющие боли в эпигастральной области неинтенсивного характера, возникающие сразу после употребления острой, жареной пищи. На слабость, сниженную работоспособность, при физической нагрузке – мелькание мушек перед глазами и сильное сердцебиение. На периодическое онемение и парестезии в конечностях.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

Клинический анализ крови

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования:

ЭГДС

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка

3) Какие дополнительные лабораторные методы исследования целесообразно выполнить больному

Исследование антител к париетальным клеткам желудка

Концентрацию витамина В

4)Какой предполагаемый диагноз

Хронический атрофический аутоиммунные гастрит. В-12 дефицитная анемия средней степени тяжести

5)Причиной развития данной патологии послужило

Хроническое воспаление и образование аутоантител к обкладочным клеткам желудка

6) Причиной развития у пациента таких симптомов как слабости сниженная работоспособность, плохая переносимость физической нагрузки, мелькание мушек перед глазами и сильное сердцебиение послужило

Развитие анемического синдрома

7)Назначте необходимое лечение

Инъекции витамина в12

8)Тактика лечения пациента с хроническим аутоиммунным гастритом, у которого развилась в12 дефицитного анемия обязывает назначениецианокобаламина в дозе 500-1000 мкг/сут

Внутримышечно с последующим переходом на поддерживающую терапию

9)При аутоиммунном гастрите снижение выработкисоляной кислоты происходит вследствие

Образования аутоантител к париетальным (обкладочным) клеткам

10)Причина развития анемии при аутоиммунном гастрите

Образование аутоантител к внутреннему фактору Касла и как следствие развитие и 12 дефицитной анемии

11) Аутоиммунный гастрит значительно увеличивает риск развития

Аденокарциномы желудка

12) При аутоиммунном гастрите атрофические изменения слизистой оболочки развиваются

В фундальном отделе желудка

Задача 204.

Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Вредные привычки отрицает

Аллергологический анамнез не отягощен

1) Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение

- Рентгенографии органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях
- Общего анализа крови

2) для исключения /подтверждения Clostridiumdifficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приема амоксиклава показано проведение

- Теста амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для токсигенного штамма Clostridiumdifficile
- Иммуноферментного анализа для определения токсина А Clostridiumdifficile в кале
- Иммуноферментного анализа для определения токсина В Clostridiumdifficile в кале

3. По результатам проведенного обследования основной диагноз пациентки может быть сформулирован как

- Внебольничная пневмония

4. Причиной развившейся у пациентки диареи является

- Clostridiumdifficile- ассоциированная болезнь легкого течения
- Диагноз: внебольничная левосторонняя пневмония. Clostridiumdifficile-ассоциированная болезнь легкого течения.

5. Для исключения/подтверждения развития у пациентки гипоксемии показано проведение

- пульсоксиметрии

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

- 48—72

7. Проводимая терапия амоксиклавом

неэффективна

8. Учитывая неэффективность терапии амоксиклавом, его следует заменить на

- левофлоксацин

9. Для лечения выявленной Clostridiumdifficile-ассоциированной болезни пациентке показано назначение

Метронидазола

10. При неэффективности терапии Clostridiumdifficile-ассоциированной болезни

метронидазолом, его следует заменить на

- ванкомицин

11. Лечение Clostridiumdifficile-ассоциированной болезни легкого течения следует начинать с назначения ванкомицина у

- кормящих женщин

12. Дальнейшая тактика ведения пациентки должна включать

**Прекращение лечения антибактериальными препаратами
Задача 205**

Ситуация

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.

Анамнез заболевания

- 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 2 пачки сигарет в день; алкоголем не злоупотребляет.

Анамнез жизни

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.

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 легких. 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

-клинический анализ крови

2. Пациенту в качестве дообследования необходимо провести (выберите 2)

- спирометрию с бронходилатационной пробой

- рентгенографию органов грудной клетки

3. Фактором риска развития заболеваний дыхательной системы является

- курение

4. Для подбора адекватной антибиотикотерапии следует провести

бактериологический посев мокроты

5. Учитывая клинические данные диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом

- Хроническая обструктивная болезнь легких, II степени нарушения бронхиальной проходимости с выраженными клиническими симптомами, частыми обострениями

6. При определении степени нарушения бронхиальной проходимости учитывалось значение

объема форсированного выдоха за 1 сек.

7. осложнением основного заболевания у данного пациента являются

дыхательная недостаточность

8. при наличии гнойной мокроты обязательным является назначение

-антибиотиков

9. Учитывая аллергоanamnez в качестве этиотропной терапии пациенту необходимо назначить

азитромицин

10. Патогенетическая терапия у данного пациента предусматривает назначение ^

- муколитических препаратов и бронхолитических средств

11. В стадии ремиссии пациенту необходимо рекомендовать

Использование ингаляционных бронходилататоров

12. Для профилактики прогрессирования хронической обструктивной болезни легких и развития ее обострений пациенту необходимо

- отказаться от курения

Задача 206

Ситуация

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 36,800.

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 во II-м межреберье

справа от грудины, 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 семитомным больным являются градиент давления менее 40 mmpt.ct.,

- **низкая скорость кровотока, сохраненная фракция выброс**

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**

Задача N 207

Ситуация

Мужчина 47 лет обратился К участковому врачу-терапевту

Жалобы

на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по несколько раз в день

Анамнез жизни

- хронических заболеваний нет
- . Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было

Анамнез заболевания

Эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но За последнее время

они значительно участились

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 В1 МVИИ. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 ММ рГ. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся (выберите 2)

- **Амбулаторное (холтеровское) мониторирование ЭКГ**
- **Регистрация ЭКГ 12 отведений**

2. Для выявления (исключения) кардиальных причин развития аритмии следует А провести

- **трансторакальное эхокардиографическое исследование**

3. Для выявления (исключения) внекардиальных причин развития аритмии следует определить содержание в крови (выберите 2)

- **тиреоидных гормонов**
- **калия**

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

- CHA2DS2ASc

8. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2ASc равна

- 0

9. Пациенту показано назначение

- антиаритмические препараты

10. для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий могут быть назначены противоаритмические препараты ____ класса

- I и III

11. Из антиаритмических препаратов IIIКласса пациенту может быть назначен А раза в день

-соталол по 80 мг 2

12. При неэффективности медикаментозной профилактики рецидивов аритмии А следует рассмотреть вопрос о

-катетерной абляции устьев легочных вен

Задача N 208

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость

Анамнез жизни

- хронических заболеваний в анамнезе нет

. Не курит, регулярное злоупотребление алкоголем отрицает

- профессиональных вредностей не имеет

- аллергических реакций не было

Анамнез заболевания

самочувствие ухудшилось несколько дней назад после злоупотребления алкоголем

1. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся (выберите 2)

- регистрация ЭКГ В12 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

- фибрилляция предсердий

4. Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

- впервые выявленную

5. Результаты Проведённого обследования ПОЗВОЛЯЮТ считать, ЧТО аритмия ЯВЛЯЕТСЯ

- идиопатической

6. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу

- CHA₂DS₂VASc

7. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂VASc равна

- 0

8. Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данного пациента

- Не желательна (класс рекомендации 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 чрезпищеводной эхокардиографии не выявлены противопоказания к кардиоверсии

11. До восстановления синусового ритма для уменьшения ЧСС можно использовать

-бета-адреноблокаторы

12. После восстановления синусового ритма прием антикоагулянтную следует

- продолжать не менее 4 НЕДЕЛЬ

Ситуационная задача № 209

Ситуация

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 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.

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.

1. Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение (выберите 2)

- общий анализ мокроты**
- клинический анализ крови**

2. исследование уровня в крови позволит выявить системную

аллергическую реакцию у пациентки

-общего IgE

3. Обязательными инструментальными методами диагностики В данном случае

- 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 алергопроб

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

- ингаляционные ГКС/В₂-адреномиметики В низких дозах

9. назначенная базисная терапия соответствует ступени лечения

- 3

10. В случае недостаточного контроля бронхиальной астмы у данной пациентки А возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии препаратов

- антилейкотриеновых

11. Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны А включать

- смену рода деятельности, снижение массы тела

12. Дальнейшая тактика ведения пациентки подразумевает

- направление на амбулаторное наблюдение К ПУЛЬМОНОЛОГУ

Задача N 210

Ситуация

Женщина 47 лет обратилась к участковому врачу-терапевту поскольку при профилактическом

медицинском осмотре у нее было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст.

Жалобы

нет

Анамнез заболевания

хронических заболеваний нет

- Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

Артериальное давление в последние 10 лет не измеряла, каких-либо нарушений самочувствия не испытывала.

1. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся (выберите 3)

- **регистрация ЭКГ в 12 отведениях**
- **амбулаторное (холтеровское) мониторирование ЭКГ**
- **трансторакальное эхокардиографическое исследование**

2. Для выяснения причины аритмии рекомендуется определение в крови уровня А (выберите 2)

- **тиреоидных гормонов**
- **калия**

3. При оценке общего сердечно-сосудитого риска у больных артериальной гипертензией используются результаты определения в крови уровня

- **общий холестерин и его фракции**

4. Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является

- **фибрилляцией предсердий**

5. Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

- **пароксизмальную**

6. результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

- **следствием артериальной гипертонии**

7. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу

- **CHA2DS2VASc**

8. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2VASc равна

- 2

9. Медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данной пациентки

- возможна, но не обязательна (класс рекомендации IIa)

10. Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке можно назначить

- варфарин или новые оральные антикоагулянты

11. Учитывая наличие пароксизмальной фибрилляции предсердий, для лечения А артериальной гипертензии целесообразно использовать

- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

12. Наличие у пациентки гипертрофии левого желудочка делает оправданным назначение комбинации

- ингибитора АПФ и тиазидного диуретика

Задача N 211

Ситуация

Больная 75 лет обратилась на консультацию к врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

на сердцебиение и одышку, возникающую при физической нагрузке (ходьба на расстояние

100 метров), неинтенсивный кашель без отделения мокроты.

Анамнез заболевания

- Вредные привычки: отрицает - пациентка никогда не курила

- В течение жизни работала инженером отдела технического контроля, наличие профессиональных вредностей отрицает, с 60 лет на пенсии.

- Перенесенные заболевания И операции:

Анамнез жизни

С 45 лет периодически отмечала подъёмы АД, В настоящее время В течение последних 2 лет

регулярно принимает антигипертензивную терапию (эналаприл 20 мг/сут, амлодипин 10 мг/

сут, индапамид 1,5 мг/сут), на фоне которой АД стабилизировалось на цифрах 120/80 мм.рт.ст.. На протяжении последних 1,5 лет пациентка обратила внимание на появление сердцебиения и одышки, возникающих при физической нагрузке и ТД.

1. Для подтверждения/исключения диагноза ХСН, как возможной причины А одышки, у больной 75 лет, длительно страдающей АГ необходимо провести (выберите 3)

- регистрация ЭКГ в 12 отведениях

- ультразвуковое исследование сердца

- определение мозгового натрийуретического пептида

2. Для подтверждения/исключения диагноза идиопатический легочный фиброз А (ИЛФ), как самой частой идиопатической интерстициальной пневмонии у больной 75 лет без наличия факторов риска ХОБЛ и характерной аускультативной картиной лёгких, в план обследования показано включение (выберите 3)

- компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ)
- оценки диффузионной способности лёгких
- морфологического исследования легких

3. В рамках функциональной диагностики у пациентки с подозрением на ИЛФ показано проведение

- теста 6-минутной ходьбы

4. КТ-паттерну ИЛФ у пациента соответствует

- мелкосетчатый фиброз в субплевральных отделах с формированием сот

5. Идиопатическому лёгочному фиброзу соответствует гистологический паттерн ____ интерстициальной пневмонии

- обычной

6. Характерным аускультативным симптомом идиопатического легочного фиброза является выявление в базальных отделах легких

- двусторонней инспираторной крепитации

7. Окончательный клинический диагноз пациенту должен быть сформулирован На основании

- многопрофильного обсуждения

8. пациенту В качестве базисной терапии показано назначение

- нинтеданиба

9. При возникновении непереносимости препарата первой линии его можно заменить

- перфенидоном

10. Заподозрить обострение ИЛФ при динамическом наблюдении за пациенткой можно будет при появлении

- острого ухудшения или развития одышки <1 месяца

11. При терапии перфенидоном и наличии гастро-эзофагеального рефлюкса нежелательным является назначение

- омепразола

12. при динамическом наблюдении за пациентом поводом для обсуждения вопроса о трансплантации лёгких может служить снижение

- ФЖЕЛ на 25% через полгода

Задача N 212

Ситуация

Пациент С. 42 лет вызвал на дом врача-терапевта участкового в связи с острым заболеванием

Жалобы

на приступообразный кашель с вязкой, плохо отходящей, желто-коричневой мокротой, повышение температуры до 38,5°C, головную боль в лобной области, желто-зеленые выделения из носа, боли в горле, выраженную слабость, потливость.

Анамнез заболевания

- Заболел остро 3 дня назад, когда появились боли в горле, повысилась температура до 37,5°C. К врачу не обращался, лечился самостоятельно.

° Заболевание связывает с сильным переохлаждением.

- Самостоятельно принимал жаропонижающие, противовирусные препараты (арбидол), полоскал горло антисептическими растворами (мирамистин).

° На фоне проводимой терапии боли в горле уменьшились, однако появился приступообразный кашель, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость, желто-зеленые выделения из носа. Стала беспокоить сильная головная боль в лобной области.- При более детальном сборе анамнеза выяснено, что 4 месяца назад пациент поставил имплантаты зубов, в связи с чем получал профилактическую антибактериальную терапию цефалоспорином 3 поколения в течении 14 дней

1. для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- клинический анализ крови

2. для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования (выберите 2)

- рентгенографию органов грудной клетки в двух проекциях

- рентгенографию придаточных пазух носа

3. какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

-внебольничная полисегментарная пневмония С локализацией в S 1-2 справа. ДН О. Острый правосторонний фронтит

4. Бронхопневмонию у данного пациента после проведения рентгенологического обследования необходимо дифференцировать с

- туберкулезом, недифференцируемой аденокарциномой легкого

5. Пневмонию У данного пациента с наибольшей вероятностью могут вызвать

- **S. pneumoniae, M.pneumoniae, C. pneumoniae, H. influenza,**

6. У данного пациента факторы риска развития пневмонии, вызванной полирезистентными возбудителями

- **не имеются, антибактериальная терапия была 4 месяца назад**

7. больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить

- **В-лактамы антибиотики**

8. Возможными причинами неэффективности проведения антибактериальной терапии у данного пациента могли явиться

- **неправильный выбор дозы и группы антибактериального препарата, развитие осложнения пневмонии, неправильный диагноз**

9. Тактика врача, если через 3 дня после назначения антибактериальной терапии, у пациента сохраняется повышение температуры до 39°C, кашель со слизисто-гноющей мокротой, появились сильные головные боли в лобной области, ЧДД- 18 в мин; ЧСС 100 в мин; АД 100\55 мм рт ст. заключается в:

-- **госпитализации в многопрофильный стационар с наличием оториноларингологического отделения**

10. Данному пациенту в условиях стационара необходимо рекомендовать

-- **респираторные фторхинолоны В\В капельно**

11. Показаниями для проведения компьютерной томографии органов грудной клетки у данного пациента является

-- **отсутствие положительной динамики заболевания в течение 72 часов**

12. Пациенту необходимо назначить

- **муколитики**

Задача 213

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к участковому врачу—терапевту

Жалобы

на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по нескольку раз в день

Анамнез заболевания

Эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но за последнее время они значительно участились

Вопросы:

1) Описанная аускультативная картина:

митрального стеноза

2) К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся:

трансторакальное ЭхоКГ, амбулаторное (холтеровское) мониторирование ЭКГ, регистрация ЭКГ в 12 отведениях

3) При эхокардиографическом исследовании ревматический митральный порок сердца:

Тяжелый стеноз и небольшая недостаточность

4) На ЭКГ признаки гипертрофии:

правого желудочка

5) Выявленное при холтеровском мониторировании нарушение ритма является:

фибрилляция предсердий

6) Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

пароксизмальную

7) Результаты проведенного обследования позволяют считать аритмию:

клапанной

8) Риск тромбоэмболоз: **Считать высоким**

9) Для профилактики: **варфарин**

10) Для профилактики фибрилл: **I и III класса**

11) Из препаратов 3 класса: **соталол 80 мг 2 р/д**

12) Показано: **оперативное лечение митрального стеноза**

Задача 214

Ситуация

Женщина 67 лет обратилась к участковому терапевту

Жалобы

На одышку и сердцебиение при доступных ранее нагрузках (быстрая ходьба, подъем по лестнице)

Анамнез заболевания

- более 20 лет отмечается повышенное артериальное

давление, регулярно принимает периндоприл 5 мг в день. Боли в суставах ранее не беспокоили.

- не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не было

- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

Вчера во второй половине дня неожиданно появились боли в левом плече и левом плечевом суставе, которые стихли через несколько часов. Сегодня

утром пошла в поликлинику и по дороге заметила, что ранее доступные нагрузки вызывают сердцебиение и одышку.

Вопросы:

1) Для выявления угрожающих жизни заболеваний в первую очередь следует провести **:ЭКГ в 12 отведениях**

2) На ЭКГ имеются признаки ___ инфаркта миокарда:

распространенного переднего

3) Время прошедшее от начала заболевания, позволяет считать инфаркт миокарда :

острым

4) Состояние гемодинамики соответствует ___ классу ПО КИЛЛИП :

1

5) Реперфузионная терапия в данном случае:

Возможна, но только путем ЧКВ

6) В случае имплантации стента с лекарственным покрытием для проведения двойной антитромбоцит терапии рекомендуется использовать комбинацию:

АСК и тикагрелора

7) При отсутствии противопоказаний двойную антитромб терапию рекомендуется проводить:

в течение года

8) Через год после начала двойной антитромбоц тер следует отменить:

тикагрелор

9) Высокодозовая терапия статинами показана при:

отсутствии противопоказаний

10) При отсутствии противопоказаний к иАПФ назначение:

обязательным 1

11) Для уточнения показ к Б-АБ следует выполнить:

ЭхоКГ

12) Назначение Б-АБ является:

обязательным

Задача 215

Ситуация

Женщина 60 лет госпитализирована по направлению участкового терапевта. Жалобы на одышку при бытовых физических нагрузках, перебои и сердцебиения, отеки на ногах
Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает

- не курит, алкоголем не злоупотребляет профессиональных вредностей не имеет

- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

Одышка и сердцебиение беспокоят на протяжении нескольких месяцев, отеки появились неделю назад и послужили поводом для обращения за медицинской помощью.

Вопросы:

1) Описанная аускультативная картина характерна для:

митрального стеноза

2) предъявляемые пациенткой жалобы соответствуют ___ функциональному классу ХСН:

II

3) Результаты проведенного исследования позволяют диагностировать ___ стадию ХСН :

IIб

4) К необходимым методам...:

ЭКГ в 12 отведениях, трансторакальное ЭхоКГ

5) При ЭхоКГ выявлен ревматический митральный порок сердца:

тяжелый стеноз и небольшая недостаточность

6) На ЭКГ имеются признаки гипертрофии :

правого желудочка

7) ФП в данном случае:

впервые выявленную

8) Риск тромбоэмбол осложнений следует:

считать высоким

9) Для профилактики тромбоэмболич осложнений следует использовать:

варфарин

10) Для уменьшения ЧСС предпочтительно использовать:

Б-адреноблокаторы

11) Для уменьшения застойных явлений можно использовать:

диуретики

12) Больной показано:

оперативное лечение митрального стеноза

Задача 216

Ситуация

Пациент Н. 23 лет обратился к терапевту

Жалобы

на слабость, снижение аппетита, ломоту в мышцах, боли при движении глазных яблок, повышение температуры тела до 38,4°C

Анамнез заболевания

Заболел остро накануне вечером. Принимал НПВС с незначительным положительным эффектом (отметил временное снижение температуры тела). Обратился к участковому терапевту в связи с вышеуказанными жалобами.

- Рост и развивался нормально - Студент ВУЗ. - Перенесенные заболевания: детские инфекции. - Наследственность: неотягощена. - Аллергоанамнез: неотягощен. - Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Эпидемиологически анамнез: со слов пациента подобные симптомы в ближайшем окружении ни у кого не отмечены. Проживает в отдельной квартире.

Вопросы:

1) План обследования данного пациента включает проведение:

общий анализ крови, общий анализ мочи

2) Для диагностики осложнений:

пульсоксиметрия, рентген ОГК

3) На основании данных анамнеза, жалоб и результатов неспецифич диагностики у пациента можно предположить:

Гриппа

4) Специфическая лаб диагностика:

Смывы из полости носа и ротоглотки (для анализа методом ПЦР)

5) Оптимальный срок забора материала:

в течение 3 сут после манифестации болезни

6) К противовирусным препаратам с прямым противовирусным действием относятся:

осельтамивир и занамивир

7) Противовирусные препараты назначаются:

не позднее 48 ч после манифестации болезни

8) Этиотропное лечение у данного пациента может проводиться:

балоксавиром

9) Балоксавир пациенту с массой тела 68 кг назначается в дозе:

40 мг, однократно

10) при развитии сухого, непродуктивного кашля у пациента с гриппом может использоваться

декстрометорфан

11) Экстренная химиопрофилактика гриппа может проводиться

умифеновиром

12) Противопоказанием к проведению профилактических прививок от гриппа является наличие

повышенной чувствительности к куриному белку

Задача 217

Ситуация

Пациент А. 70 лет обратился к терапевту

Жалобы

на слабость, снижение аппетита, ломоту в мышцах, боли при движении глазных яблок, повышение температуры тела до 39°C

Анамнез заболевания

Заболел остро накануне днем. Принимал парацетамол с незначительным положительным эффектом (отметил временное снижение температуры тела). Обратился к участковому терапевту в связи с вышеуказанными жалобами.

- Пенсионер. Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 46 лет. - Наследственность: не отягощена. - Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Эпидемиологический анамнез: со слов пациента подобные симптомы в ближайшем окружении ни у кого не отмечены. - Живет один в квартире.

Вопросы:

1) Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является:

ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин)

2) Для диагностики осложнений:

Пульсоксиметрия, Рентген ОГК

3) На основании данных:

Гриппа вызванного вирусом типа В, типичной формы, средней степени тяжести

4) Средняя степень тяжести течения гриппа устанавливается при лихорадке:

от 38,6с до 39,5с, пульсе 90-120, сист АД менее 110 мм ртст

5) На фоне острого периода заболевания, учитывая возраст больного, чаще всего возможно развитие:

вирусно-бактериальной пневмонии

6) К противовирусным препаратам с прямым противовирусным действием:

осельтамивир

7) Осельтамивир при среднетяжелом течении гриппа назначают внутрь по __ мг+__+ раза в сутки:

75;2

8) Длительность приема осельтамивира при среднетяжелом течении гриппа составляет __ дней:

5

9) Рекомендуется начать лечение гриппа препаратами с прямым противовирусным действием не позднее __ часов:

48 ч

10) При сухом, непродуктивном, надсадном кашле у пациента может использоваться

бутамират

11) Экстренная химиопрофилактика гриппа может проводиться

балаксавиром

12) Специфическая профилактика гриппа включает:

проведение вакцинации

Задача 218

Ситуация

Больной 49 лет обратился в поликлинику к врачу общей практики

Жалобы на припухание и боль в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 3-х лет, когда впервые появились интенсивные боли в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении. Самостоятельный

приеманальгетиков привел к значительному уменьшению боли и восстановлению функции сустава в течение 5 дней. В последующем эпизоды подобных болей возникали после праздничных застолий. Настоящее обострение началось 4 дня назад, имело меньшую интенсивность. Для купирования боли принимал Пенталгин 2 таблетки в сутки, отмечал незначительное снижение боли, припухлость сохранялась.

Вопросы:

1) Необходимым для постановки диагноза:

Биохимический анализ крови, консультация хирурга для получения аспирата синовиальной жидкости...

2) Необходимым для постановки диагноза инструментальными методами:

Рентгенография стоп, УЗИ пораженного сустава

3) На основании данных:

Острый подагрический артрит, артрит 1 го плюснефалангового сустава левой стопы

4) К факторам риска неблагоприятного исхода:

хроническая болезнь почек и с-с заболевания

5) Основная терапия включает:

нимесулид 200 мг внутрь или колхицин: в 1 день 1,5 мг (1,0 мг и через час еще 0,5 мг), затем по 1 мг сут

6) Вместо нимесулида можно выбрать:

диклофенак 50-150 мг в сутки

7) При наличии противопоказаний и/или неэффективности:

введение в 1 плюснефаланговый сустав триампсиналонаацетанида 10 мг

8) Для длительного лечения больных с хрон подагрой:

Аллопуринол 50 -100 мг с послед увеличением по 50-100 мг каждые 2-4 нед

9) Для длительного лечения больных с хрон подагрой осложнившейся ХБП 3б, назначают:

фебуксостат 40- 80 мг 1 раз в день

10) Учитывая основное заболевание в качестве гипотензивного преар:

Лозартан 50 мг 1-2 раза в день внутрь

11) При подборе дозы аллопуринола следует учитывать:

СКФ

12) Индикатором эффективности лечения служит:

концентрация мочевой кислоты

Задача 219

Ситуация

Больной К. 66 лет обратился к участковому терапевту по месту жительства

Жалобы на слабость, прогрессирующие снижение толерантности к физической нагрузке из-за одышки. В настоящее время одышка возникает при умеренной физической нагрузке: при быстрой ходьбе и ходьбе примерно на 200-300 метров, при подъеме на 1 лестничный пролет, что вынуждает его остановиться и отдохнуть. Иногда к вечеру возникает умеренная отечность ног.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез:

работа в офисе. Малоактивный образ жизни. Вредные привычки: умеренное потребление алкоголя, не курит. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и ожирением. Отец умер от инфаркта в возрасте 68 лет. Аллергологический анамнез неотягощен.

Кардиологический и пульмонологический анамнез пациент отрицает. Утверждает, что кроме сахарного диабета, который диагностировали 3 года назад во время планового ежегодного медицинского осмотра, ничего не беспокоит. Состоит на учете

эндокринолога, принимает: гликлазид 60 мг и метформин 1500 мг в сутки, уровень гликозилированного гемоглобина 2 месяца назад составил 6,8%. Одновременно верификацией диагноза сахарного диабета была выявлена диабетическая микроангиопатия: ретинопатия и нефропатия. С нефропротективной целью был назначен лизиноприл 5 мг который пациент регулярно принимает по настоящее время. Так же 3 года назад был диагностирован метаболический синдром: ожирение II степени, гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия. Пациент, придерживаясь диеты, значительно похудел, регулярно принимает аторвастатин 40 мг в сутки

Вопросы:

1) Выберите необходимые лабораторные:

**Глюкоза крови натощак,
гликозилированный гемоглобин,
клинический анализ крови,
липидный спектр крови**

2) Выберите инструмент:

**ЭКГ в покое,
трансторакальная ЭхоКГ,
рентгенография ОГК**

3) Основным заболеванием на основании результатов клинических данных и инструментальных методов обследования, является ИБС. __:

постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда неопределенной давности)

4) Типичными признаками ХСН:

одышка, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка, снижение толерантности к нагрузкам, слабость и утомляемость, увеличение в объеме лодыжек

5) Дополнительным лабораторным исследованием для верификации диагноза ХСН будет определение:

натрийуретических гормонов

6) Противопоказанием к физической реабилитации при ХСН:

Активный миокардит, стенозы клапанных отверстий, цианотичные врожденные пороки, угрожающие жизни нарушения ритма

7) Помимо назначения из группы статинов:

иАПФ + Б-АБ + АСК + сахароснижающие препараты

8) Критерием адекватности дозировки Б-АБ ЧСС в покое __ в минуту:

55-60

9) Наилучшим методом для оценки размеров, объема камер сердца:

МРТ

10) Наиболее частая причина развития безболевой формы ИМ:

сахарный диабет

11) Целевой уровень ХсЛПНП:

менее 1,4

12) Пациентам со стабильной стенокардией и АВ блокадой II степени с ЧСС более 80 в мин при синусовом ритме рекомендуется назначить

ивабрадин

Задача 220

Ситуация

Больной 44 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На частый сухой кашель и неприятные ощущения за грудиной, которые возникают при горизонтальном положении тела. Данные жалобы беспокоят несколько недель, возникновение их связывает с стрессовой ситуацией на работе. Самостоятельно начал прием противокашлевых препаратов, без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что возникновение вышеуказанных жалоб совпало с появлением неприятных ощущений в подложечной области.

Вопросы:

1) Приоритетным для постановки диагноза инструментальными методами являются:

Рентгенологическое исследование легких, спирометрия, ЭГДС

2) Кашель у данного пациента вызван:

Забросом содержимого желудка в гортань

3) Дополнительным методом позволяющим верифицировать ГЭРБ: **внутрипищеводная суточная рН-метрия**

4) Пациентам с подозрением на внепищеводные проявления ГЭРБ рекомендовано выполнение

рН-импедансометрии

5) На основании результатов объективного осмотра можно поставить диагноз:

Основное заб: ГЭРБ, эрозивный эзофагит, степень А. Сопутствующее заболевание: Ожирение 1 ст.

6) Помимо ИПП, данному пациенту следует назначить:

прокинетики

7) К рекомендациям по изменению образа жизни пациента с ГЭРБ относят:

уменьшение массы тела

8) Применение монотерапии антацидами возможно:

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита.

9) Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ:

патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод

10) К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относят хронический :

кашель

11) Пищевод Барретта повышает риск развития ___ пищевода:

аденокарциномы

12) Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ:

повторные кровотечения

Задача 221.

Больная 42 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства. Жалобы

На частый сухой кашель, который последнее время приобрел приступообразный характер, на чувство нехватки воздуха, ощущение заложенности в груди

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят несколько недель, провоцирующий фактор их возникновения конкретизировать не может, связи с физической нагрузкой нет, какие-либо аллергены определить затрудняется. Самостоятельно начала прием противокашлевых препаратов - без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что выше перечисленные жалобы чаще возникают на работе. Работает в офисе, где строгий дресс-код, носит узкую юбку с тугим поясом.

1. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются:

Рентген,

спирометрия,

ЭГДС

2. Доп исследованиями, которые желательно выполнить пациентке, являются:

Бронхоконстрикторные тесты,

Исследования фракции оксида азота

3. Для оценки двигательной функции пищевода с целью верификации диагноза ГЭРБ целесообразно использовать:

Пищеводная манометрия высокого разрешения

4. Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является:

Микроаспирация

5. На основании результатов объективного осмотра, ...:

Основное заболевание: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, эрозивный эзофагит

6. Лечение включает назначение:

прокинетики и ингибитора протонной помпы

7. В качестве монотерапии антациды можно применять при:

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

8. Препаратами выбора для лечения изжоги беременных являются:

альгинаты

9. Причина недостаточности патологического рефлюкса при ГЭРБ

недостаточность нижнего пищеводного сфинктера

10. Риск возникновения ГЭРБ увеличивает

Повышенная секреция соляной кислоты

11. С патофизиологической точки зрения ГЭРБ-это:

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

12. При выявлении дисплазии эпителия пищевода низкой степени необходимо

Назначить ИПП и повторить гистологическое исследование через 3 месяца

Ситуационная задача №222

Больной 47 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства. Жалобы: На периодические ноющие боли в подложечной области, которые возникают через полчаса-час после еды.

Последнее время появились неприятные ощущения за грудиной, конкретизировать их не может, связи с физической нагрузкой не отмечает.

Впервые ноющие боли в подложечной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. По рекомендации тещи при болях принимал омепразол с положительным эффектом. На фоне стресса сильно поправился. Несколько недель назад появились неприятные ощущения за грудиной, провоцирующий фактор их возникновения определить не может, связи с физической нагрузкой не отмечает, рекомендованная родственницей настойка пустырника - без положительного эффекта.

1. Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются **клинический анализ крови**
анализ кала на скрытую кровь

ЛИПИДНЫЙ профиль сыворотки крови

2. Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение **ЭГДС**

регистрации ЭКГ В 12 отведениях

ЭХО-КГ

пробы С физической нагрузкой

3. Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо: **Исследование наличие инфекции H. Pylori**

4. Причиной неприятных ощущений за грудиной у данного пациента является **ГЭРБ**

5. На основании результатов объективного осмотра...:

• **Основное заболевание: ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии; хронический Helicobacter group-ассоциированный гастрит в фазе обострения; язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва малой кривизны желудка диаметром 7 мм); сопутствующее: Ожирение I ст**

6. Лечение, необходимое данному пациенту, включает назначение тройной... плюс: **прокинетики в стандартной дозе**

7. Для уменьшения риска ссз пациенту следует рекомендовать: **снижение массы тела**

8. В России схемой первой линии...:

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

9. Контроль эрадикации проводят спустя ___ : **4-6 недель**

10. Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации...: **определение антигена h pylori в кале**

11. В случае неэффективности проводимой терапии, рекомендуют назначить классич 4-компонент схему, которая содержит:

висмута трикалия дигидрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

12. Провоцирующим фактором риска возникновения ГЭРБ...:

абдоминальное ожирение

Задача 223

Ситуация

Больная 44 года, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства. Жалобы: На периодический приступообразный практически сухой кашель; на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

Анамнез заболевания: Впервые неприятные ощущения в эпигастральной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Так как отмечалась связь появления боли с приемом пищи, стала ограничивать себя в еде, на фоне чего сильно похудела. По рекомендации коллег по работе, при болях принимала антациды, отмечала положительный эффект. Сухой кашель возник примерно тогда же, прием противокашлевых препаратов оказался неэффективным.

1. Первым этапом диагностики будет выполнение (выберите 3)

- **ЭГДС**
- **рентгенологического исследования легких**
- **СПирОМетрии**

2. Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить (выберите 2)

- **pH-импедансометрию**
- **бронхоконстрикторные тесты**

3. Помимо клинического анализа крови, необходимым лабораторным обследованием будет

- **анализ кала на скрытую кровь**

4. Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- **исследование на наличие инфекции *H. pylori***

5. На основании результатов объективного осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

- **ГЭРБ, эрозивный эзофагит степень А. Хронический *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва пилорического отдела желудка диаметром 6 мм)**

6. Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения л

- **тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе обоснование**

7. В качестве эрадикационной терапии первой линии при непереносимости препаратов группы пенициллина следует назначить

- **классическую четырехкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)**

8. Для потенцирования терапевтического эффекта ИПП при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни к лечению лучше добавить

эзофагопротекторы

9. В качестве неинвазивных методов первичной диагностики инфекции *H. pylori* используют

- **уреазный дыхательный тест**
- **определение антигена *H. pylori* в кале**

10. Одним из факторов риска язвенного кровотечения является

- **инфекция *H. pylori***

11. Возможный ложноотрицательный результат диагностики инфекции *H. pylori* обусловлен тем, что

- **исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее**

12. При язвенной болезни у беременных назначают

- **невсасывающиеся антациды и адсорбенты**

Задача 224

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

Жалобы на эпизоды повышения АД до 170/105 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 жизни; Около 10-15 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 170/105 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, постоянную терапию не получала, периодически принимала Тенорик при повышении АД.

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, Стадии, 2 степени, высокий риск ССО

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

SCORE

5) В таблице SCORE для оценки риска отсутствует показатель

глюкозы крови

6) Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке необходимо рекомендовать

снижение массы тела

7) Больной следует назначить

комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов

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

Денситометрию

9) Больной следует __ дозу препарата

увеличить

10) T-критерий представляет собой стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя от пика костной массы женщин в возрасте __ лет

20-29

11) С учетом результатов лучевой диагностики T-score=2,9 поясничного отдела позвоночника соответствует

тяжелому остеопорозу

12) Из-за высокого риска ССО и тромбоэмболии практическим специалистам...

стронций ранелат

Задача 225

Ситуация: 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 течении полгода , сопровождающееся головными болями.

Анамнез жизни: 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 выявилась участковой полгода назад было зарегистрировано АД 170/100 мм ртст ; в анализе мочи выявилась альбуминурия 30мг/сутки.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования (Выберите 5)

-Общий анализ крови

-исследование уровня глюкозы в плазме крови (натощак)

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

-Уровня креатинина плазмы

-Общий анализ мочи

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 4)

-внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД

-электрокардиография покоя в 12 отведениях

-эхокардиография трансторакальная

-ультразвуковое исследование почек

3) Какой основной диагноз?

Гипертоническая болезнь, II стадии, 1 степени, высокий риск ССО

4) Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить в моче уровень **альбумина**

5) У пациента альбуминурия составляет 100мг/г категория ХБП /

-С3а, А2

6) Больному следует назначить

комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов

7) В схему лечения необходимо включить

-Блокаторы РААС

8) Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления соли животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

-Снизить массу тела

9) Целевым уровнем систолического артериального давления для пациента с расслаивающей аневризмой аорты является АД__ммртст

100-110

10) Оптимальным временем достижения целевого уровня сист арт давления в данной ситуации является период не более

20 мин

11) Для осуществления контролируемой гипотензии при расслаивающей аневризме аорты в дополнение к бета-блокаторам возможно внутривенное введение

нитроглицерина

12) Оперативное лечение расслаивающей аневризмы аорты у данного пациента

показано в кратчайшие сроки

Задача 226

Ситуация

Больная 66 лет обратилась в поликлинику Жалобы

На периодические боли в коленных суставах, больше слева, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, подъеме по лестнице. Ухудшение в течение 2-х месяцев, беспокоят интенсивные боли при спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях.

Анамнез заболевания

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием более 10 лет. Начало заболевания постепенное, изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов, больше справа, отмечалась припухлость, которая держалась в течение 2-3 дней и исчезала после уменьшения нагрузки и применения мази долгит, диклофенак. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности до 20 мин, отмечает «стартовые боли».

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- **клинический анализ крови**

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- **рентгенография пораженных суставов**

3. Какой диагноз можно поставить данной больной?

- **Первичный гонартроз**

4. Основная немедикаментозная терапия включает

- **снижение массы тела**

5. При небольших болях в качестве основной медикаментозной терапии назначают

- **Парацетамол**

6. При неэффективности обезболивающей терапии парацетамолом назначают

- **мелоксикам**

7. При риске развития желудочнокишечного кровотечения назначают

- **этерококсиб**

8. При наличии синовита коленных суставов с выраженной ночной болью назначают

- **внутрисуставное введение метилпреднизолона**

9. При неэффективности терапии назначают консультацию

- **ревматолога**
10. Терапевтической дозой глюкозамина сульфата является _мг/сут
- **1 500**
11. К симптоматическим лекарственным средствам замедленного действия относится
- **дицерин**
12. Для внутрисуставного введения и улучшения функции коленного сустава при остеоартрозе назначают
- **производные гиалуроната**

Задача 227

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 Ветчала. 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.

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, III стадии, 3 степени, очень высокий риск ССО**

4. Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить уровень

- **микроальбуминурии**

5. У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категория ХБП _____

- **C2, A2**

6. Пациенту следует

- **увеличить антигипертензивную терапию**

7. Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

- **снизить массу тела**

8. Пациенту холестеринснижающая терапия

показана в любом случае

9. При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг **АЛТ, АСТ**

10. Целевым уровнем ХсЛНП для данного больного является __ ммоль/л

<1,4

11. При отсутствии достижения целевого уровня ХсЛНП при назначении высоких доз статинов к терапии следует добавить

эзетимиб

12. Для контроля углеводного обмена пациенту рекомендуется определить уровень

- **гликированного гемоглобина**

Задача 228

Ситуация

Больная 45 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

Жалобы на повышение температуры до 38° С, недомогание, слабость, ночную потливость, сухой кашель в течение последних 3-х недель

Анамнез заболевания

В течение 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления температуры до 37,2° С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита. Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не отмечалось, 3 дня назад появились изменения в мокроте с прожилками кровипрожилки крови в мокроте.

1. К необходимым для постановки диагноза _____ л

лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

• **клинический анализ крови**

- **прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)**
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является
- **обзорная рентгенография органов грудной клетки**
3. Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациентки необходимо оценивать как
- **положительную**
4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают
- **инфильтративный туберкулез легких**
5. На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз
- **Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье обоснование**
6. Осложнением основного заболевания у больной является
- **кровохарканье**
7. Основным рентгенологическим синдромом по данным рентгенограммы органов грудной клетки является синдром
- **долевого затемнения**
8. Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевого локализации характеризуется
- **бронхиальным дыханием над зоной поражения и влажными Хрипами**
9. При инфильтративном туберкулезе с сохраненной Л лекарственной чувствительностью МБТ целесообразно применять противотуберкулезные препараты
- **ПерВОГО ряда**
10. Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в
- **стационаре (противотуберкулезного учреждения)**
11. Дифференциальную диагностику инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада проводят с **абсцедирующей пневмонией**
12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу степени

* I

Задача 229

Ситуация

Мужчина 30 лет, обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры до субфебрильных цифр, резкую слабость, сухой кашель, одышку, ознобы, боль в горле

Анамнез заболевания

- возвратился домой после отпуска, проведенного на море в июле месяце
- в течение последнего месяца после отпуска, отмечает ухудшение в состоянии с нарастанием вышеперечисленных симптомов
- 2 недели назад обратился к врачу отоларингологу, по поводу появления болей в горле, которые прогрессивно нарастали
- при осмотре обнаружены инфильтративно-язвенные изменения слизистой надгортанника, выполнена биопсия, подтвержден диагноз туберкулеза гортани, направлен в противотуберкулезный диспансер, где была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки Рентгенологическая картина в легких оставалась без динамики

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

- **клинический анализ крови**
- **микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза**

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- **обзорная рентгенография органов грудной клетки**

3. Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

- **резко выраженную иммунологическую недостаточность**

Обоснование

4. Результаты рентгенограммы органов грудной клетки пациента предполагают

- **диссеминированный туберкулез легких**

5. Полиморфизм очагов на рентгенограмме ОГК при Л подостром течении диссеминированного туберкулеза обусловлен

- **повторными волнами бактериемии**
6. На основании полученных результатов обследования данному больному можно поставить диагноз
- **Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации И распада, МВТ (+), туберкулез гортани**
7. Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является
- **бактериологическая диагностика**
8. По данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки основным рентгенологическим признаком является синдром
- **ДИССЕМИНАЦИИ**
9. При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять противотуберкулезные препараты
- **первого ряда**
10. Благоприятным исходом диссеминированного Л туберкулеза легких являются
- **рассасывание, фиброзно-склеротические изменения**
11. Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с
- **двусторонней мелкоочаговой пневмонией, карциноматозом легких**
12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагустепени

* I

Задача 230

Ситуация

Больная 59 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры до 39,2° С, резкую слабость, утомляемость, сильный непродуктивный кашель, тахикардию, боли в грудной клетке.

Анамнез заболевания

- отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года, что связывали с заболеванием сахарным диабетом II типа
- в течение последней недели состояние прогрессивно ухудшилось, появились лихорадка, сильный непродуктивный кашель, боли в грудной клетке.

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

- **общий анализ крови**
- **трехкратное исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) методом прямой микроскопии по Цилю-НИЛЬСену**

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования на уровне первичного звена является

- **обзорная рентгенография органов грудной клетки**

3. Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у данной больной является проявлением

- **выраженного иммунодефицита**

4. Достоверным методом обнаружения микобактерий Л туберкулеза является

- **бактериологическая диагностика**

5. На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

- **Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МВТ +, легочно-сердечная недостаточность**

6. Причинами развития и быстрого прогрессирования Л туберкулезного процесса является

- **снижение иммунной системы вследствие сахарного диабета**

7. Легочно-сердечная недостаточность у больной казеозной пневмонией обусловлена

- **разрушением лёгочной ткани и резко выраженной интоксикацией**

8. При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью МВТ, противотуберкулезные препараты целесообразно применять

- **перВОГО ряда**

9. Основным морфологическим отличием казеозной " пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

- **отсутствие морфологических признаков отграничения КаЗеОЗНОГО Некроза**

10. Благоприятными исходами казеозной пневмонии Л являются

- **цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез**

11. Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии проводят с

- **крупозной пневмонией**

12. По эпидемиологической опасности данный типочага туберкулезной инфекции относится к очагу степени

- **II**

Задача 231

Ситуация

Больной С. 47 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры до 39,0° С, особенно ее подъем в ночное время, выраженную потливость, кашель с обильной зеленой мокротой, боли в грудной клетке слева при дыхании, одышку, снижение аппетита и массы тела вплоть до кахексии.

Анамнез заболевания

- в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей
- в течение последних 5 лет находился в местах лишения свободы
- флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил более 3 лет
- перенесенные заболевания: частые простудные заболевания
- вредные привычки: страдает хроническим алкоголизмом, употреблял наркотики
- не работает, проживает в однокомнатной квартире с матерью, материально-бытовые условия жизни неудовлетворительные
- в течение 4-х недель, отмечает повышенную потливость, резкую слабость
- кашель с обильной мокротой в течение последних 1,5 лет
- боли в грудной клетке слева в подмышечной области при дыхании.
- к врачам не обращался, не лечился Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 185 см, масса тела 55 кг. Температура тела 39,8° С.

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

- **клинический анализ крови**
- **микроскопическое исследование мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии**

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является (выберите 2)

- **обзорная рентгенография органов грудной клетки**
- **Компьютерная ТОМОГРАФИЯ ЛЕГКИХ**

3. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

- **казеозную пневмонию**

4. Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

- **выраженный иммунодефицит**

5. На основании полученных результатов обследования, данному больному можно поставить диагноз

- **Казеозная пневмония левого легкого в фазе распада и обсеменения, МВТ +, легочно-сердечная недостаточность, КахеКСИЯ**

6. Наличие синдрома интоксикации у больного с казеозной пневмонией обусловлено

- **большой зоной разрушения с резорбцией в кровь продуктов распада легочной ткани**

7. Осложнениями основного заболевания являются *

- **легочно-сердечная недостаточность, кахексия**

8. Данные аускультации при казеозной пневмонии ' характеризуются

- **резко ослабленным дыханием, разнокалиберными влажными хрипами**

9. При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, целесообразно применять антибактериальные препараты

- **Первого ряда**

10. Достоверным методом обнаружения микобактерий Л туберкулеза является

- **бактериологическая диагностика**

11. Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- **стационаре (противотуберкулезного учреждения)**

12. Дифференциальную диагностику казеозной Л пневмонии следует проводить с

- **крупозной пневмонией**

Задача 232

Ситуация

Пациентка 54 лет на осмотре у врача.

Жалобы

- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающие характер опоясывающих;

- частый стул (до 3-5 раз в день), обильный, «блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза;

- похудание за 1,5 месяца на 7 кг;

- ощущение сухости во рту;

- повышенную жажду;

- кожный зуд.

Анамнез заболевания

У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована, диагностировали острый кулькулезный холецистит и экстренно произвели холецистэктомия. Через 1 неделю после выписки у больной

периодически появлялись ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам не обращалась. По совету друзей, принимала Но-шпу и Фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливались после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. В поликлинике было проведено исследование в крови уровня щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы и билирубина, которые оказались в пределах нормы. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.

1. У больной наиболее вероятным диагнозом является л

• **Хронический билиарнозависимый панкреатит**

2. Клиника заболевания у больной определяется синдромом

• **болевым**

3. Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром

• **внешнесекреторной панкреатической недостаточности**

4. В течение последнего месяца заболевания у больной Л развился синдром

• **эндокринной панкреатической недостаточности**

5. Наиболее вероятной причиной нарушения стула ^ является

• **внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы**

6. Основной причиной возникновения недостаточности Л внешнесекреторной функции поджелудочной железы является

• **повреждение ее паренхимы с развитием фиброза**

7. У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения

• **ОСТеОПОрОЗа**

8. Наиболее информативным методом визуализации л для подтверждения диагноза хронического панкреатита является

• **мультиспиральная компьютерная томография**

9. Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение

• **гликозилированного гемоглобина НЬА1С**

10. Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

• **фекальной эластазы (ФЭ-1)**

11. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение

ферментных препаратов

12. Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является

• **парацетамол**

Задача 233

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.

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. Симптом Ходсона-это рентгенологический признак хронического пиелонефрита при котором....

Уменьшение толщины паренхимы на полюсах почки по сравнению со средней частью

5. Для оценки функции почек пациентке необходимо определить уровень **микроальбуминурии**

6. У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

С3b, А2

7. У пациентки _____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений

высокий

8. Больной необходимо

Провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии

9. При количественной оценке бактериурии в обычных условиях значимым считается уровень __КОЕ/мл

1*10

10. Больной следует

увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС

11. В РФ распространена резистентность кишечной палочки к

фторхинолонам

12. Пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек отличается

отеком и нейтрофильной инфильтрации почечной лоханки

Задача 234

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.

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. Для оценки функции почек пациентке необходимо определить уровень **микроальбуминурии**

5. У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

С3b, A2

6. У пациентки _____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений

высокий

7. Больной необходимо

Провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии

8. Больной следует

увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС

9. Нерациональной комбинацией антигипертензивных препаратов при лечении артериальной гипертензии является

иАПФ+калийсберегающий диуретик

10. Феномен «ускальзания» антигипертензивного эффекта может наблюдаться при лечении

ингибиторами АПФ

11. Абсолютным противопоказанием к назначению иАПФ является

гиперкалиемия

12. Абсолютным противопоказанием к назначению блокаторов рецепторов ангиотензина является

гиперкалиемия

Задача 235

Ситуация: мужчина 57 лет обратился самостоятельно в приемное отделение больницы.

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., депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения левого

желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лаб методы

ЭКГ покоя 12 отведений

Измерение уровня тропонина I или тропонина T

2. При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать доп отведения ЭКГ

V3R и V4R

3. При высоком боковом инфаркте миокарда электрокардиографические признаки инфаркта выявляются в отведении

aVL (или aVL и I)

4. Какой основной диагноз?

ОКСпST

5. Элевация ST в отведениях II, III, AVF указывает на __ инфаркт миокарда ЛЖ
задний

6. Пациенту необходимо выполнить

чрескожное коронарное вмешательство ЧКВ

7. Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегант.....

Ацетилсалициловая кта 300мг+тикагрелор 180мг

8. Пациенту показан/показано

введение парентеральных антикоагулянтов

9. Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах __ после первичного контакта с мед работником

120 минут

10. Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе

80

11. При использовании прямых антикоагулянтов в лечебных дозах необходимо контролировать

АЧТВ

12. Наиболее частой причиной смерти на догоспитальном этапе в первые часы развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента..

фибрилляция желудочков

Задача 236

Мужчина 56 лет обратился самостоятельно в приемное отделение ГБ.

Жалобы на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин 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 ½ - 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

-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. Эхокардиографическим признаком инфаркта миокарда может быть **локальный а-, гипокинез**

4. Какой основной диагноз?

-ОКСпST

5. Пациенту необходимо выполнить

-Первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)

6. Больному необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе

ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

7. Пациенту показано

-введение парентеральных антикоагулянтов

8. При выполнении ЧКВ нефракционированный гепарин вводится внутривенно болюсно в дозе ЕД/кг.....

70-100

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. При возникновении пароксизма устойчивой желудочковой тахикардии на фоне ИМ показано

немедлительное проведение электроимпульсной терапии

12. Начальная энергия электрического разряда при лечении....Дж

120-150

Задача 237

Мужчина 60 лет, 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..

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

-компьютерная томография (мультиспиральная) сердца и коронарных артерий

-Эхокардиография

-ультразвуковое исследование органов брюшной полости

3) Какой основной диагноз?

-Инфекционный эндокардит

4) По характеру течения у пациента признаки _____ инфекционного эндокардита

-подострого

5) Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии

-Duke

6) «Золотым стандартом» диагностики инфекционного эндокардита является

-эхокардиография

7) Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите проводится

2-6

8) Предпочтительный путь введения антибиотиков при инфекционном эндокардите

внутривенный

9) Терапию инфекционного эндокардита непротезированных клапанов, вызванного группой высокочувствительных к пенициллину...г/сут

2

10) У пациентов с непереносимостью бензилпенициллина или цефтриаксона рекомендовано использование

ванкомицина

11) Экстренное оперативное вмешательство рекомендуется пациентам с инфекционным эндокардитом при

сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

12) Противопоказанием к раннему оперативному вмешательству при инфекционном эндокардите является

осложнение эмболического характера

Задача 238

Мужчина 57 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.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные

1. методы исследования

-измерение уровня креатинина

-измерение уровня глюкозы

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

-ЭКГ покоя в 12 отведениях

2. Наиболее ранним, но неспецифическим, маркером некроза миокарда является

миоглобин

3. Больного необходимо

госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

4. Какой предварительный диагноз?

-ОКСбпСТ

5. 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

6. Для определения тактики ведения пациента необходимо оценить риск по шкале

GRACE

7. У пациента сумма баллов по шкале GRACE равна 105, пациенту показана/показано

консервативная терапия

8. Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

-ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

9. В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

-бета-адреноблокатор

10. У больных с ОКСбпСТ лечение б-адреноблокаторами не следует начинать при наличии на ЭКГ у больного

интервала PQ >0,24сек

11. Назначение препаратов группы гепарина больным с ИМбпСТ

показано

12. Инвазивная коронарография (КАГ) показана пациенту при

неэффективности оптимальной медикаментозной терапии

Задача 239

Пациент С. 53 лет обратился к кардиологу

Жалобы: на внезапно возникший эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

Анамнез заболевания: в течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца длительностью несколько минут, купирующиеся самостоятельно, по поводу чего не обследовался, лекарственных препаратов не принимал. Повышение АД более 140/90 мм рт. Ст. Отрицает. Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы.

1. Необходимыми лабораторными методами обследования...

определение уровня тиреотропных гормонов

2. Необходимыми инструментальными методами обследования для верификации нарушения ритма....

ЭКГ

Эхокардиография

3. На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать

Трепетание предсердий

4. Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков наличия

регулярных волн f «пилообразной» формы

5. При плохо различимых волнах F/f на ЭКГ для уточнения диагноза рекомендовано выполнение ЭКГ

чреспищеводной

6. Для купирования приступа данной аритмии возможно

применение чреспищеводной электростимуляции предсердий

7. Для купирования приступа аритмии при невозможности применения чреспищеводной электростимуляции предсердий следует рекомендовать

внутривенное введение амиодарона

8. Первоначально вводимая доза амиодарона составляет ___ мг/кг внутривенно в теч 1 ч

5

9. При неэффективности попыток медикаментозного восстановления ритма показано

проведение электрической кардиоверсии

10. Начальная мощность синхронизированного бифазного разряда при плановой электрической кардиоверсии составляет ___ Дж

50-75

11. Пациентам с фибрилляцией/трепетанием предсердий длительностью более 48 часов перед проведением плановой электрической кардиоверсии...

антагонисты витамина К

12. Оценка эффективности антикоагулянтной терапии варфарином оценивается на основании значений

МНО

Задача 240

Пациент С. 54 лет обратился к кардиологу

Жалобы: на внезапно возникший эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

Анамнез заболевания: в течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца длительностью несколько минут, купирующиеся самостоятельно, по поводу чего не обследовался, лекарственных препаратов не принимал. Повышение АД более 140/90 мм рт. Ст. Отрицает. Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы.

1. Необходимыми лабораторными методами обследования...

определение уровня тиреотропных гормонов

2. Необходимыми инструментальными методами обследования для верификации нарушения ритма...

ЭКГ

Эхокардиография

3. На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать

Трепетание предсердий

4. Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков наличия

регулярных волн f «пилообразной» формы

5. У данного пациента вариант трепетания предсердий

типичный

6. У больного количество баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc составляет

2

7. Больному назначен новый оральные антикоагулянты-ривароксабан в дозе ___ мг

20;1

8. Для купирования аритмии пациенту назначен амиодарон по схеме внутривенно в дозе ___

5;50;1200

9. У пациента восстановлен синусовый ритм в течение первых суток лечения, в дальнейшем, для радикального устранения аритмии,..

катетерную абляцию каваотрикуспидального истмуса

10. При назначении новых оральные антикоагулянты показан контроль

функции почек

11. для оценки рисков крупных кровотечений при назначении антикоагулянты используется шкала

HAS-BLED

12. Профилактика тромбоэмболических осложнений при клапанном трепетании предсердий возможна только

антагонистами витамина К

Ситуационная задача №321

Ситуация

Врач общей практики прибыл к пациентке 67-ми лет на 6-ый день болезни.

Жалобы На кожные высыпания, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

Анамнез заболевания Пенсионерка, не работает.

Аллергоанамнез: вазомоторный и аллергический ринит (со слов много лет, принимает «зодак», «klaritin» во время обострений).

Перенесенные заболевания: пневмония двусторонняя (2 годаназад), артериальная гипертензия, стадию заболевания указать не может (принимает эналаприл), ЖКБ (состоит на учете у гастроэнтеролога) Со слов пациентки, в молодости болела болезнью Боткина, краснухой, корью.

Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире вместе с мужем

1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

- . ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки
- . иммуноферментный анализ (ИФА) крови

2. Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)

- . пульсоксиметрия Обоснование
- . компьютерная томография (КТ) легких

3. Учитывая данные клиничко лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

4. Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ-2 составляет %

25-50

5. Для вирусной пневмонии ^CO\M!Ю-19 на КТ ОГК характерно наличие

- . уплотнения легочной ткани

6. Среднетяжелое течение ^новой коронавирусной инфекции CO\M-19 характеризуется

- . ЧДД более 22/мин, лихорадкой выше 38,5°C, пневмонией, \$pO<зи6>2</зи6><95%,

изменениями в легких КТ 1-2

7. Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

. лимфопения

8. Тактика в отношении данной пациентки с изменениями в легких, соответствующими КТ2, включает

. обязательную госпитализацию

9. Этиотропными препаратами, которые могут быть использованы при лечении новой коронавирусной инфекции СОМ!Ю-19 являются

. фавипиравир и ремдесивир

10. Длительность приема фавипиравира составляет

. 10 дней обоснование

11. Противопоказанием к назначению фавипиравира является

. острая почечная недостаточность

12. для профилактики новой коронавир инфекции рекомендуют

*соблюдение масочного режима

Ситуационная задача №322 ^

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациентке 59-ти лет на 6-й день болезни.

Жалобы

На слабость, кашель, повышение температуры, тошноту, рвоту, послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния

Анамнез заболевания

Продавщица в продуктовом магазине (одновременно стоит за прилавком и обслуживает покупателей на кассе).

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит).

. Вредные привычки: курит по 1-3 сигареты в день.

Анамнез жизни: замужем, проживает в отдельной квартире вместе с мужем, дочерью и внучкой 4-х лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери).

. Эпиданамнез: за пределы своего

1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

. ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

. иммуноферментный анализ (ИФА) крови

2. Инструментальными методами исследования необходимыми для обследования пациентки является

. рентгенологическое исследование ОГК

3. Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

4. Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому на КТ

. «матового стекла»

5. Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией СОМ!-19 целесообразно использовать

. пульсоксиметрию

6. Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции

СО\Ю-19 уровень SpO_2 соответствует %

<95

7. Типичными изменениями в периферической крови при новой коронавирусной инфекции СО\МО-19 являются

. тромбоцитопения и лимфопения

8. В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции СО\М!Ю-19 назначают этиотропный препарат

. фавипиравир

9. При лечении новой коронавирусной инфекции СО\М!-19 средней степени тяжести в амбулаторных условиях назначают

. ривароксабан

10. Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции СО\М!Ю-19 является

. барицитиниб

11. Для медикаментозной профилактики СО\Ю19 у родственников, проживающих вместе с пациенткой, возможно рекомендовать применение

. рекомбинантного ИФН-а

12. Инкубационный период новой коронавирусной инфекции СО\МО-19 составляет до

. 14-ти суток Обоснование

Ситуационная задача №323

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 39-ти лет на 6-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры, слабость, кашель, тошноту, рвоту, однократный послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния.

Анамнез заболевания

. Частный предприниматель
(владелец нескольких торговых точек).

. Аллергоанамнез: не отягощен.

. Перенесенные заболевания:

язвенная болезнь 12-перстной кишки (диагностирована 5 лет назад, состоит на учете у гастроэнтеролога, последний визит 2 года назад); болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит).

Вредные привычки: курит по полпачки сигарет в день.

Анамнез жизни: женат, проживает в отдельной квартире вместе с женой, сыном 7 лет, обучающимся в

1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

. ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки
. иммуноферментный анализ (ИФА) крови

2. Инструментальными методами исследования необходимыми для обследования пациентки является

. рентгенологическое исследование ОГК

3. Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

4. Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому на КТ

. «матового стекла»

5. Характерные изменения в легких при новой коронавирусной инфекции CO\МЮ-19 позволяет выявить

. компьютерная томография

6. Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией CO\Ю-19 целесообразно использовать

. Пульсоксиметрию

7. Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции CO\Ю-19 уровень сатурации кислорода соответствует

* <95

8. Тяжелое течение новой коронавирусной инфекции CO\МЮ-19 сопровождается развитием

. острого респираторного дистресс-синдрома

9. В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции

CO\O-19 назначают этиотропный препарат

. фавипиравир

10. Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом

течении новой коронавирусной инфекции CO\Ю-19 является

сарилумаб

11. . для профилактики новой коронавир инфекции рекомендуют

*соблюдение масочного режима

12. макс инкубац период при ковиде - дней

* 14

Ситуационная задача №324

Ситуация

Врач общей практики прибыл к пациентке 76-ми лет на 6-ый день болезни

Жалобы

На кожные высыпания, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

1. лабораторными методами обследования...

. **ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки**

.**(ИФА) сыворотки крови**

2. инструментальными методами исследования....

. **пульсоксиметрия**

КТ легких

3. учитывая данные...

-Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

4. при КТ-2 примерный...

-25-50

5 .для вирусной пневмонии

-уплотнения легочной ткани

6. среднетяжелое течение новой...

-ЧДД более 22/мин, лихорадка выше 38,5, пневмонией, сатур менее 95%, КТ-1-2

7. для коронавирусной инфекции....

-лимфопения

8. тактика в отношении данной пациентки...

-обязательную госпитализацию

9. этиотропными препаратами....

-фавипиравир и сарилумаб

10. длительность приема фавипиравира....

-10 дней

1 Противопоказанием ...

-острая почечная недостаточность

12. для профилактики...

Соблюдение масочного режима

Ситуационная задача №325

Ситуация

Больной 41 год обратилась поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 38,2°C, слабость, небольшого кашля с небольшим количеством мокроты с прожилками крови, пониженный аппетит, похудание.

Анамнез заболевания

. рос и развивался нормально
. в течение последних 5 лет
находился в местах лишения свободы
. в анамнезе повторные пневмонии

. флюорографическое обследование
органов грудной клетки не проходил
последние 4 года

. вредные привычки: курит, ранее
употреблял наркотики, употребляет
алкоголь

. проживает с ребенком 7 лет в
однокомнатной квартире друга

Анамнез жизни

Ухудшение в состоянии около 5
месяцев.

К врачам не обращался, не

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят(выберите 2). общеклинический анализ крови . микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

. обзорная рентгенография органов грудной клетки

3. Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациента оценивают как-. положительную

4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают-. кавернозный туберкулез

5. На основании полученных результатов обследования данного больного можно поставить диагноз-. Кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого (S2) в фазе инфильтрации и обсеменения МБТ (+), кровохарканье

6. Осложнением основного заболевания у больного является . кровохарканье

7. По данным рентгенограммы органов грудной клетки, основным рентгенологическим признаком является синдром. ПОЛОСТИ

8. При кавернозном туберкулезе легких бактериовыделение является

. скудным и непостоянным

9. Впервые выявленный кавернозный туберкулез легких характеризуется

. отсутствием выраженных перикавитарных инфильтративных изменений обоснование

10. При кавернозном туберкулезе легких с сохраненной лекарственной

Чувствительностью целесообразно применять антибактериальные препараты

. первого ряда

11. Дифференциальную диагностику кавернозного туберкулеза легких следует

проводить с. абсцессом легкого, полостной формой рака легкого, воздушной КИСТОЙ

12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу степени * 1

Задача 326

Ситуация

Больная 39 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 39,2°C, слабость, утомляемость, боли в грудной клетке, кашель с выделением плевков гнойной мокроты, кровохарканье, выраженная

потливость.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор снижен. Больная пониженного питания, вес 55 кг, рост - 165 см. Грудная клетка правильной формы, при дыхании отстаёт правая половина, одышка в покое, ЧДД — 24 в минуту, акроцианоз.

При перкуссии грудной клетки - резко укорочен звук справа. При аускультации — в верхнем отделе правого легкого на фоне бронхиального дыхания выслушиваются сухие и влажные хрипы. ЧСС — 110 в минуту, акцент || тона над легочной артерией. АД — 100/60 мм рт. ст. Живот втянут,

печень и селезенка не увеличены.

Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л — отрицательная, диаскинтест — отрицательный.

1. **Лабораторные:** ОАК, микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивые микобактерии
2. **Инструментальные:** обзорная рентгенография органов грудной клетки
3. **Отрицательный результат является проявлением:** выраженный иммунодефицит
4. **Результаты рентгена в первую очередь предполагают:** казеозную пневмонию
5. **Диагноз:** казеозная пневмония лёгкого в фазе распада и обсеменения, мбт+, кровохарканье
6. **Осложнение:** кровохарканье
7. **Клиническая картина:** тяжёлым, остро прогрессирующим течением
8. **Аускультация при казеозной пневмонии:** ослабленным бронхиальным дыханием и большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов
9. **При сохранной лекарственной чувствительности антибактериальные препараты:** первого ряда
10. **Основным отличием является:** выраженным казеозно-некротический компонент туберкулезного воспаления и т.д
11. **Дифференциальная диагностика с :** крупозной пневмонией
12. **По эпидемиологической опасности:** к I ряду

Задача 327

Ситуация

Больной 29 лет, программист обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

В СВЯЗИ С изменениями В лёгких, Выявленными при диспансеризации,

Жалоб не предъявляет

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 69 кг, рост - 168 см.

Грудная клетка нормостеническая, обе половины активно участвуют в акте дыхания. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ясные. ЧСС - 74 уд. в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты по Цилю — Нильсену кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 23 мм, диаскинтест - отрицательный.

1. **Лабораторные:** ОАК, микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивые микобактерии
2. **Инструментальные:** обзорная рентгенография органов грудной клетки
3. **Рентген при туберкулезе:** наличие в окружающей легочной ткани полиморфных очагов и признаков фиброза
4. **Результаты предполагают:** туберкулезу легкого
5. **Диагноз:** туберкулема S-2 правого легкого, фаза распада, мбт (-)
6. **Достоверным методом диагностики туберкулеза является:** бронхологическое исследование с катетеризацией и взятием биоптата
7. **При туберкулезе прогрессирование туберкулезного процесса связано с :** размножением микобактерий туберкулеза
8. **Туберкулема может формироваться во всех случаях кроме:** рубцевания каверны
9. **В лечении туберкулеза, имеющей склонность к прогрессированию и резистентность к химиотерапии:** хирургическое лечение
10. **Туберкулема чаще локализуется в сегментах:** 1,2,6
11. **Дифференциальную диагностику с :** периферическим раком, гамартохондромой, неспецифической пневмонией
12. **По эпидемиологической опасности:** III

Задача 328

Ситуация

Больной 52 года, инженер, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 38,5°C, ночную потливость, резкую слабость, кашель с мокротой, периодически - боли в правом боку.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, мышечный и кожный тургор снижен, пониженного питания: масса тела 63 кг, рост 176 см.

Грудная клетка нормостеническая, правая половина отстаёт при дыхании.

При перкуссии грудной клетки — укорочение легочного звука в

межлопаточном пространстве справа, при аускультации - влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы в подмышечной области справа.

Со стороны других органов патологии не обнаружено.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ +++).

Направлена на консультацию в противотуберкулезный диспансер.

Исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР: выявлена ДНК возбудителя туберкулеза, выявлены мутации в гене groV. Определена устойчивость к рифампицину.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 12 мм, диаскинтест - папула 8 мм

- 1. Методы обследования:** двукратное микроскопическое исследование мокроты методом Циля-Нильсена или люминесцентная микроскопия/-ЕБ микроскопия; посев на жидкие и плотные питательные среды, . двукратное молекулярно-генетическое исследования на наличие маркеров ДНК МБТ и устойчивости к противотуберкулезным препаратам, . Диагностическая проба С аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении
- 2. Инструментальные в условиях противотуберкулезного учреждения:** компьютерная томография органов грудной полости, фибробронхоскопия
- 3. Диагноз туберкулеза является верифицированным по результатам:** бактериологического исследования
- 4. Диагноз:** инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения, МЛУ МБТ (+), сахарный диабет II типа
- 5. Перед назначением лечения культуральное исследование проводится:** двукратно
- 6. Аускультация:** везикулярным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы
- 7. При выявлении лекарственной устойчивости к рифампицину назначим:** IV стандартный
- 8. Кратность бактериологического исследования:** 1 раз в месяц
- 9. Пациент подлежит лечению в:** круглосуточном стационаре
- 10. Длительность интенсивной фазы химиотерапии не менее:** 8
- 11. Через 1 месяц лечения:** Km Lfx Z Trd PAS Pto
- 12. В особых ситуациях лечение требует тщательного контроля за углеводным обменом при назначении:** протинамида

Задача 329

Ситуация

Больной 54 года, в настоящее время работает в горячем цеху металлургом, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 39,5°C, ночную потливость, резкую слабость, длительный сухой с небольшим количеством слизистой мокроты, иногда с прожилками крови, боль в грудной клетке, похудел за последние 6 месяцев на 8 кг.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 65 кг. Температура 37,2°C. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, мышечный и кожный тургор снижен.

Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные. Грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД 17 в минуту.

При перкуссии грудной клетки — укорочение легочного звука в надключичном и межлопаточном пространствах слева.

При аускультации - дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка.

Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 88 ударов в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

При исследовании мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену - обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ), исследование методом GeneXpert не установлена Лу к R.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 10 мм, диаскинтест - папула 6 мм.

1. **Методы обследования:** двукратное микроскопическое исследование мокроты методом Циля-Нильсена или люминесцентная микроскопия/-ЕБ микроскопия; посев на жидкие и плотные питательные среды, . двукратное молекулярно-генетическое исследования на наличие маркеров ДНК МБТ и устойчивости к противотуберкулезным препаратам, . Диагностическая проба С аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении
2. **Инструментальные в условиях противотуберкулезного учреждения:** компьютерная томография органов грудной полости, обзорная рентгенография
3. **Результат кожного теста у пациента оценивают как:** положительный
4. **По данным клинко-рентгенологического исследования:** инфильтративный туберкулёз
5. **Респираторная симптоматика подозрительная на туберкулёз включает:** длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке
6. **Диагноз:** инфильтративный туберкулёз верхней доли левого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье
7. **Осложнение:** кровохарканье
8. **Аускультация:** везикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы

9. Пациент госпитализирован, режим химиотерапии: I
10. Данный пациент будет находиться на учете по группе диспансерного наблюдения: I
11. На втором месяце лечения получен результат, необходим перевод на режим: IV
12. Длительность лечения по IV режиму не менее: 20

Задача 330

Ситуация

Мужчина 46 лет обратился к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

Предъявляет жалобы на выраженные головные боли в затылочной области, головокружение, снижение работоспособности, данные симптомы начали беспокоить 2-3 месяца назад.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, ориентирован в пространстве и времени. Пациент страдает ожирением | ст., рост 170 см, масса тела 93 кг (ИМТ=32,2 кг/м²). Кожные покровы обычной окраски, влажные, тургор кожи сохранен.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца обычной звучности, ритмичные, ЧСС 80 в мин., АД 170/98 мм рт. ст. на обеих руках.

Верхушечный толчок умеренно усилен, ограниченный, проецируется в области V межреберья на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки.

Окружность талии 102 см, абдоминальное ожирение. Печень перкуторно по краю реберной дуги, пальпации не доступна. Размеры по Курлову 9-8-7 см.

Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Отеков нет. Проведены лабораторные исследования, выявлено: глюкоза 5,0 ммоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л, гемоглобин 135 г/л, мочевая кислота 0,35 ммоль/л.

На основании данных жалоб, анамнеза, осмотра врачом выставлен предварительный диагноз «Гипертоническая болезнь II ст., АГ 2 степ., риск 3».

1. **Лабораторные:** ОАМ, исследование мочи на альбуминурию (АУ) в разовой моче, исследование уровня креатинина сыворотки, исследование липидного профиля
2. **Для выявления бессимптомного поражения:** определение лодыжечно-плечевого индекса
3. **Клинический диагноз:** II, 2, высокий

4. **Целевой уровень меньше:** 130/80
5. **К модифицируемым факторам:** курение и абдоминальное ожирение
6. **Антигипертензивными препаратами первой линии:** ингибиторы РААС
7. **При недостаточной эффективности ингибиторов РААС добавить:** тиазидный диуретик
8. **Регулярном профилактических помещений:** 2
9. **Противопоказанием для назначения ингибиторов АПФ:** ангионевротический отёк
10. **Назначение антигипертензивной терапии показано при:** АГ 2 или 3 степени
11. **Противопоказанием для тиазидных диуретиков:** подагра
12. **Абсолютным противопоказанием для иАПФ и БРА:** двусторонний стеноз почечных артерий

Задача 331

Ситуация

Пациент в возрасте 55 лет, обратился к врачу терапевту.

Жалобы

- на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке
- на постоянный приступообразный кашель с мокротой белесоватого цвета;
- на эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание;
- на чувство дискомфорта в груди при дыхании;

1. **Лабораторными исследованиями, необходимыми пациенту, являются:** общий анализ крови
2. **Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются (выберите 2):** спирометрия, рентген органов грудной клетки в прямой проекции
3. **Диагноз:** выраженными; высокий
4. **Дифференциальную диагностику необходимо проводить с:** бронхиальной астмой, туберкулезом, облитерирующим бронхолитом,
5. **Индекс курения:** 30
6. **Кроме:** н-ацетилцистеин, карбоцистеин
7. **Длительно:** тиотропия бромид, гликопиррония бромид
8. **Основной рекомендацией по нефармакологической терапии:** отказ от курения
9. **Короткодействующими;** сальбутамол, фенотерол
10. **Пациент 2 мес:** пневмококковой инфекции
11. **В динамике,:** 3 мес
12. **Кратность посещения врача пульмонолога:** 1 раз в год

Ситуационная задача №332

Ситуация

Пациент в возрасте 76 лет обратился к врачу терапевту.

Анамнез заболевания

Пенсионер. Работал сварщиком на электрохимическом заводе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Хроническая болезнь почек стадия 2. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит около 2х лет. В прошлом, курил по 16 сигарет в день на протяжении 35 лет. Принимает Амлодипин 5 мг вечером, Эналаприл 10 мг утром и вечером.

Анамнез жизни

Считает себя больным около 5 лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. Ухудшение самочувствия отмечает около 3-х дней назад, после переохлаждения.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SpO_2 - 91%, температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела — 68 кг, рост — 170 см, ИМТ — 23,5 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний. Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 89 ударов в минуту, АД — 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Пастозность голеней и стоп. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Жалобы на:

- выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2х этажей, ходьба менее 100 метров);
- постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета;

- чувство дискомфорта в груди при дыхании;
 - повышение АД до 190/110 мм рт. ст;
 - отеки нижних конечностей до средней трети голеней.
1. Общий анализ крови
 2. Спирометрия, рентгенография органов грудной клетке в прямой проекции
 3. ХОБЛ, обострение средней степени тяжести. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН 1.
 4. Бронхиальной астмой, туберкулезом, облитерирующим бронхитом, застойной сердечной недостаточностью.
 5. Значительного увеличения интенсивности и/или появление новых клинических симптомов.
 6. Фиксированная комбинация ИГКС/ДДБА (Тиотропия бромид/олодатерол)
 7. Сальбутамол
 8. Отказ от курения
 9. иАПФ или блокаторы рецепторов к АТ II
 10. пневмококковой инфекции и гриппа
 11. Ша
 - 12.1

Ситуационная задача №333

Ситуация

Больной, 54 года, тракторист, обратился в приёмно- диагностическое отделение Республиканской клинической больницы

Жалобы

На малопродуктивный кашель, одышку при ходьбе, чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, снижение работоспособности, общую слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,3°C.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия. Вирусный гепатиты, туберкулез отрицает. Вен. заболевания отрицает. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными — отрицает, сырую воду пьет. В открытых водоемах не купался. За границу не выезжал. Аллергологический анамнез: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Гемотрансфузионный анамнез: отрицает.

Профессиональный анамнез: тракторист.

Вредные привычки: курит по половине пачки сигарет в течение 7 лет.

Инвалидность: нет.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Анамнез жизни

Заболел остро 5 дней назад, связывает появление симптомов с переохлаждением 7 дней назад (ремонтировал трактор, в гараже было холодно). По тяжести состояния госпитализирован в отделение терапии.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Грудная клетка правильной формы. Аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы выслушиваются больше справа. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно ТОНЫ сердца приглушены, сердцебиения ритмичные. Перкуторно границы сердца не расширены. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки оформленный, мочеиспускание не изменено.

1. Общий анализ крови с определением тромбоцитов, лейкоцитарной формулы. Биохимический анализ крови. Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотка крови.
2. Рентген ОГК в прямой проекции. Пульсоксиметрия.
3. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая
4. CURB/CRB-65
5. Цефтриаксон + азитромицин
6. Более; не более
7. 48
8. Пневмококк
9. Туберкулёзом
10. Варениклина
11. 15
12. Пневмококка и гриппа

Ситуационная задача 334

Ситуация

Пациентка С. 20 лет обратилась в приёмное отделение стационара к терапевту.

Жалобы

На повышение температуры до 38,7°C, озноб, сухой кашель с трудноотделяемой желтоватой мокротой, общую слабость, ноющие боли в правой ниже-лопаточной области.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: ОРВИ, миопия слабой степени. Вирусный гепатит, туберкулез отрицает. Вен. заболевания отрицает. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными — отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала. Аллергологический анамнез: отрицает. Наследственность: не отягощена. Гемотрансфузионный анамнез: отрицает. Профессиональный анамнез: студентка 1 курса юридического факультета.

Вредные привычки: отрицает.

Инвалидность: нет.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Анамнез жизни

Заболела три дня назад, остро. Начало заболевания связывает с возможным переохлаждением - была на длительной экскурсии по городу. Принимала парацетамол с эффектом на несколько часов.

Объективный статус

Состояние при поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, Сатурация кислорода 99%. Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах справа, выслушиваются сухие хрипы справа в нижних отделах. Над лёгкими укорочение перкуторного звука в правой ниже-лопаточной области. ЧДД 20 в мин. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные, шумов нет. Перкуторнограницы относительной

сердечной тупости не изменены. АД 110/70 ммрт. ст., ЧСС 100 в мин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

1. Общий анализ крови. С-реактивный белок. Биохимический анализ крови.
2. Рентген ОГК.
3. Внебольничная пневмония
4. Результаты пульсоксиметрии
5. 8
6. CURB/CRB-65
7. Пневмококк
8. пероральным
9. амоксициллин
10. 48-72
11. Критериями достаточности
12. 38,5

Ситуационная задача №335

Ситуация

Больной Н, 59 лет, поступил в неотложном порядке в приемно-диагностическое отделение из поликлиники.

Жалобы

- на одышку при ходьбе до 10 м, усиливающуюся в положении лежа, уменьшающуюся в покое;
- на симметричные отеки голеней и стоп;
- на невозможность спать, лежа на спине, только сидя (в положении ортопноэ);
- на повышение АД до 170/100 мм рт. ст., сопровождаемое головной болью и головокружением.

Анамнез заболевания

Работал слесарем-монтажником. Перенесенные заболевания пневмония (11 лет назад), ОРВИ 1-2 раза в год. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый, гипертоническая болезнь.

Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает. Семейный анамнез — мать страдает гипертонической болезнью. Вредные привычки — не курит, алкоголь употребляет умеренно (некрепкие напитки). Аллергические реакции отрицает. Инвалидность — 2 группа, бессрочная по общему заболеванию.

Анамнез жизни

Впервые почувствовал себя больным в 49 лет, когда на фоне хорошего самочувствия появилась резкая давящая боль за грудиной. Был диагностирован острый инфаркт миокарда. Регулярно наблюдался у кардиолога и терапевта по месту жительства. Месяц назад «простыл» по дороге домой (в электричке), после чего в течение недели сохранялись симптомы простуды в виде заложенности носа, общей слабости, першения в горле. После этого начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке с последующим присоединением ортопноэ. Пришел на плановый прием к участковому терапевту, откуда, учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно-диагностическое отделение.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, масса тела 76 кг. ИМТ 27,9 кг/м². Температура тела 36,9°C. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Отеки на лице в области глаз, возникающие по утрам. Симметричные периферические отеки на ногах до уровня средней трети голени. При сравнительной перкуссии в верхних симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, в нижних отделах — притупление перкуторного звука. В верхних отделах легких при аускультации дыхание жесткое, в нижних выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая — по левому краю грудины, левая — в √ межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю ||| ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС — 72 уд в мин. Пульс — 72 уд. в мин. АД — 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

1. Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови. Натрийуретические пептиды. Гликозилированный гемоглобин.
2. ЭКГ в 12 отведениях. Трансторакальной ЭхоКГ. Рентген ОГК.

3. С5
4. ПБ; 3
5. ≥ 120 и < 130
6. Антагонистов минералокортикоидных рецепторов
7. 75
8. Петлевые диуретики
9. Назначение стимуляторов эритропоэза
10. Инсулина
11. иАПФ
12. брадикардия

Ситуационная задача №336

Ситуация

Госпитализирован пациент 60 лет.

Жалобы

- На выраженную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке (ходьба до 10 м) и в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении;
- на боли давящего характера за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической (при быстрой ходьбе) и эмоциональной нагрузке, купирующиеся приемом 1 дозы нитроглицерина под язык;
- на учащенное неритмичное сердцебиение, возникающее без связи с чем-либо;
- на отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: длительно страдает стенокардией напряжения, дважды перенес инфаркт миокарда (5 и 2 года назад); артериальная гипертензия более 10 лет, принимает периндоприл 8 мг в сутки; фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, в течение последних 5 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает. Операции: паховая грыжа слева в возрасте 54 лет, дважды стентирование коронарных артерий. Профессиональный

анамнез: в настоящее время неработающий пенсионер, работал на руководящей должности в нефтегазовой компании. Аллергологический анамнез — не отягощен. Наследственный анамнез — не отягощен. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Инвалид 3 группы.

Анамнез жизни

Больным себя считает в течение года, когда впервые появились отеки нижних конечностей и одышка при незначительной физической нагрузке, которая со временем нарастала, снизилась толерантность к физическим нагрузкам в целом. В анамнезе дважды перенес ОИМ, по поводу чего выполнялось чрескожное коронарное вмешательство со стентированием инфаркт-зависимых артерий. В течение последних 10 лет отмечает подъем АД до 185/100 мм рт. ст., при комфортном 120/80 мм рт. ст., принимает постоянно периндоприл 8 мг/сут. В течение последней недели после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции отметил ухудшение состояния в виде увеличения выраженности одышки при минимальных физических нагрузках (ходьба 10 м) и возникновение ее в покое, в связи с чем стал спать на более высокой подушке. Стал ощущать учащенное неритмичное сердцебиение, возникающие без связи с чем-либо, проходящие самостоятельно.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5°C. Рост 176 см, масса тела 69 кг. ИМТ 22 кг/м². Телосложение нормостеническое. Незначительная иктеричность кожных покровов. Периферические лимфоузлы не увеличены, визуально пульсация яремных вен шеи с обеих сторон. Костно-мышечная система без видимой патологии. Легкие - аускультативно: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, ослаблено в нижних отделах. ЧДД 20 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая — по правому краю грудины, левая -1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя — треть межреберье. Аускультативно тоны приглушены, аритмичные, систоло-диастолический шум по обе стороны от грудины во втором межреберье. АД слева и справа 110/60 мм рт. ст., ЧСС=РЗ= 98 в мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферические отеки нижних конечностей до средней трети голеней. Физиологические отправления: стул регулярный, диурез учащенный.

1. ОАК. Биохимия с печеночными ферментами, креатинина, мочевины, электролитов, глюкозы крови, липидного профиля. Определение уровня натрийуретического пептида.
2. ЭКГ. ЭхоКГ. Стресс-ЭхоКГ. Рентген ОГК
3. Пб; 4
4. Теста 6-минутной ходьбы
5. Антикоагулянты
6. Иапф
7. Петлевые диуретики
8. Имплантация кардиовертера-дефибрилятора
9. Бисопролол + дигоксин
- 10.1 стадия 1 ФК
11. Трансплантацию Сердца
12. Физическая реабилитация

Ситуационная задача №337

Ситуация

Больной С, 67 лет, поступил в неотложном порядке в приемно-диагностическое отделение из поликлиники.

Жалобы

- на одышку при ходьбе до 15 м, уменьшающуюся в покое;
- на симметричные отеки голеней и стоп;
- на невозможность спать, лежа на спине, только сидя (в положении ортопноэ);
- на повышение АД до 170/100 мм рт. ст., сопровождаемое головной болью и головокружением.

Анамнез заболевания

Работал сантехником. Перенесенные заболевания — пневмония (в 9 лет), ОРВИ 1-2 раза в год. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, гипертоническая болезнь. Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает. Семейный анамнез — мать страдает гипертонической болезнью. Вредные привычки — не курит, алкоголь употребляет умеренно (крепкие напитки не чаще 1

раза в мес.). Аллергические реакции отрицает. Инвалидность — 2 группа, бессрочная по общему заболеванию

Анамнез жизни

Впервые почувствовал себя больным в 64 года, когда на фоне полного здоровья возникла жгучая боль за грудиной. Был диагностирован острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Реваскуляризации не проводилось. С тех пор отмечает симптомы сердечной недостаточности в виде одышки, снижения толерантности к физическим нагрузкам. Регулярно наблюдался у кардиолога и терапевта по месту жительства. Ухудшение состояния в течение последних нескольких месяцев, когда начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке с последующим присоединением ортопноэ. Пришел на плановый прием к участковому терапевту, откуда, учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно-диагностическое отделение.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, масса тела 76 кг. ИМТ 27,9 кг/м². Температура тела 36,9°C. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Отеки на лице в области глаз, возникающие по утрам. Симметричные периферические отеки на ногах до уровня средней трети голени. При сравнительной перкуссии в верхних симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, в нижних отделах — притупление перкуторного звука. В верхних отделах легких при аускультации дыхание жесткое, в нижних выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая — по левому краю грудины, левая — в √ межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю ||| ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС — 72 уд. в мин. Пульс — 72 уд. в мин. АД — 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

1. Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови. Натрийуретический пептиды. Гликозилированный гемоглобин
2. ЭКГ в 12 отведениях. Трансторакальная ЭхоКГ. Рентген ОГК
3. Острого или хронического повреждения почек
4. хсн
5. низкой
6. проведение диализной терапии

7. АГ и ИБС
8. бисопрололу
9. эплеренон
10. креатинина
11. блокаторов РААС
12. 2000

Задача 338

Молодой человек 28 лет, обратился к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На умеренные приступообразные боли в животе, больше справа, усиливающиеся перед дефекацией и уменьшающиеся после, вздутие живота, учащение стула до 4 раз в сутки, стул жидкий, без патологических примесей, болезненные язвы в ротовой полости, похудение на 7 кг за последние 3 месяца, повышение температуры тела до 37,0С, преимущественно в вечернее время, слабость.

Ответы

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)

-Общий анализ крови (+)

-биохимический анализ крови (+)

- капrogramма (+)

2 К необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования относятся (выберите 2)

- Колоноскопия (+)

- Эзофагогастродуоденоскопия (+)

3. на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования наиболее вероятным диагнозом является

-Болезнь Крона, терминальный илеит

4. Для формулирования диагноза и определения тактики лечения в первую очередь необходимо определить

-Тяжесть текущего обострения (атаки)

5. Тяжесть атаки у данного пациента

-Средняя

6. Аутоиммунным проявлением, имеющимся у данного пациента, и связанным с активностью заболевания, является

-Афтозный стоматит

7. Рациональной диетической рекомендацией пациенту является питание с

-повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, ограничением легкоусвояемых углеводов

8. В качестве индукции ремиссии данному пациенту показано назначение

-Глюкокортикостероидов

9. После проведенного курса индукционной терапии у пациента достигнута ремиссия заболевания. Поддерживающая противорецидивная терапия включает в себя назначение

-иммуносупрессоров

10. при назначении данному пациенту иммуносупрессоров необходимо контролировать

-уровень лейкоцитов и печеночных проб

11. Основным способом реабилитации является профилактика инфекций

-оппортунистических

12. прогностически неблагоприятным фактором при болезни Крона является

-курение

Звдача 339

Девушка 31 год, обратилась к участковому врачу—терапевту.

Жалобы

На ноющие боли в эпигастрии, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, чувство переполнения желудка после обычного приема пищи, вздутие живота после еды, отрыжка воздухом, неустойчивость стула, общая слабость.

Анамнез

заболевания

Работает продавщицей в магазине. Наследственный анамнез: у матери сахарный диабет, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез: аллергия на арахис. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания, грипп, операции — кесарево сечение в 26 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки — курит с 21 года по 3-4 сигареты в день, алкоголь не употребляет.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)

-Общий анализ крови (+)

-биохимический анализ крови (+)

- определение в сыворотке крови уровня гастрина-17, пепсиногена 1 и 2

2 К необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования относятся (выберите 3)

-эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

-внутрижелудочная рН-метрия

- рентгенологическое исследование желудка и ДПК

3. основным клиническим диагнозом является

-Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с хеликобактер пилори

4. К неинвазивным методам определения хеликобактер пилори относится

-Дыхательный тест с изотопом C13

5. Для проведения морфологического исследования рекомендован забор ____ биоптатов

-5

6. Лечение основного заболевания у данной пациентки заключается в назначении

-эрадикационной антихелобактерной терапии

7. Стандартная тройная эрадикационная терапия первой линии включает в себя

-ИПП, кларитромицин, амоксициллин

8. Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет ____ дней

- 14

9. Контроль эффективности эрадикации Х. пилори после завершения терапии необходимо провести не ранее чем через ____ нед

- 4

10. В период обострения данного заболевания целесообразно назначение

- Заместительной терапии секреторной недостаточности желудка

11. Пациентке следует назначить ____ стол

- 1

12. Пациентка относится к ___ группе состояния здоровья

- 3б

Задача 340

Больной В., 27 лет, обратился к врачу общей практики в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Неинтенсивная тянущая боль в поясничной области с обеих сторон, общая слабость, быстрая утомляемость, головная боль в затылочной области, отеки на ногах и лице, изменение цвета мочи (темнокоричневый), уменьшение количества, выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

. В детстве нечасто болел ОРВИ. В возрасте 12 лет — аппендэктомия.- Работает на стройке, разнорабочим.

- В армии служил.

- Наследственность не отягощена.

. Аллергоанамнез не отягощен.

- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

- Постоянно лекарственные препараты не принимает.

1. В качестве дообследования пациенту необходимо провести (2)

- **общий анализ мочи**

- **исследования титра антистрептококковых антител (АСЛ-О)**

2. Исключение структурных изменений почек может быть проведено посредством

- **УЗИ почек и надпочечников**

3. проведение нефробиопсии пациенту не показано в связи с отсутствием

- **Нефротического синдрома**

4. вероятной причиной заболевания у данного пациента является

- **Стрептококк группы А**

5. Предполагаемый основной диагноз

- **Острый нефритический синдром (острый постстрептококковый гломерулонефрит)**

6. Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- **Стационара (специализированного отделения –нефрологического)**

7. Пациенту необходимо соблюдать _____ режим в течение ____

- **постельный, 3-4 недель**

8. Пациенту в данной клинической ситуации рекомендуется диета с ограничением потребления

- **Соли (до 1-2г/сут) и жидкости в острый период болезни**

9. Показанием к назначению а\б терапии дунному пациенту является

- **Наличие подтвержденной стрептококковой инфекции**

10. Для коррекции АД показано назначение

- **Блокаторов медленного кальциевых каналов**

11. при высокоактивном течении заболевания необходимо назначение

- **Глюкокортикостероидов**

12. Показанием к проведению нефробиопсии может являться

Прогрессирующее ухудшение функции почек

Задача 341

Мужчина, 55 лет, обратился к врачу—терапевту участковому с целью обследования и назначения лечения.

Жалобы

— на давящие, сжимающие боли за грудиной, отдающие под левую лопатку, возникающие при подъеме

на 2 этаж, при преодолении дистанции в 600 м, которые самостоятельно купируются через 5 мин;

- на периодические повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту. Работает водителем автобуса. Вредные привычки: курит

более 30 лет по 1,5 пачки в день, алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: отец умер в 60

лет от инфаркта миокарда. Аллергологический анамнез неотягощен.

Перенесенные заболевания: хронический гастрит, стадия ремиссии.

1. При подозрении на наличие у пациента ИБС, после оценки данных первичного обследования необходимо оценить

- предтестовую вероятность ИБС

2. По результатам предтестовой вероятности ИБС дальнейшая тактика в отношении данного пациента заключается в

- проведении первичного обследования и дополнительных специфических методов диагностики ИБС

3. Лабораторная диагностика, необходимая пациенту, страдающему АГ и, возможно, ИБС, должна включать (4)

- общий анализ крови

- общий анализ мочи

- исследование липидного профиля

- определение уровня креатинина крови и расчета СКФ

4. В план обследования пациента с АГ и с подозрением на ИБС показано включать (3)

-ЭКГ

-ЭХОКГ

- ЭХОКГ с физической нагрузкой

5. На основании проведенного обследования пациенту может быть поставлен диагноз

- ИБС. Стенокардия напряжения

6. Стенокардия, имеющаяся у пациента, соответствует _____ ФК

- 2

7. на основании результатов проведенного обследования диагноз фонового заболевания может быть сформулирован как

-Гипертоническая болезнь 3 стадия, АГ 3 степени, очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений

8. Для купирования приступов стенокардии пациенту показано назначить

- Органические нитраты короткого действия

9. Для устранения приступов стенокардии препаратами «первой линии» для данного пациента будут

- бета-адреноблокаторы

10. В качестве противотромботической терапии, направленной на профилактику сердечно-сосудистых осложнений пациенту показано назначение

- Ацетилсалициловой кислоты

11. Препаратом выбора для проведения гиполипидемической терапии пациенту, принимая во внимание данные проведенного обследования является

- Аторвастатин

12. Неинвазивным методом визуализации, который можно использовать для уточнения наличия и выраженности коронарного атеросклероза является

- Магнитно-резонансная ангиография коронарных артерий

Задача 342

Мужчина 45 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На острую боль в левом коленном суставе, усиливающуюся при движениях, повышение температуры тела до 38,5°C.

Анамнез заболевания - рос и развивался соответственно возрасту. перенесенные заболевания: ОРВИ

2—3 раза в год. алкоголь употребляет 5—6 раз в месяц. Стаж курения 10 лет по половине пачки в день, не курит последние 5 лет - профессиональных вредностей не имеет - аллергических реакций не было - мать умерла в возрасте 70 лет от инфаркта миокарда

1. При подозрении на впервые возникший приступ острого подагрического артрита пациенту показано провести

- биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты

2. Диагностика остро развившегося артрита, подозрительного на дебют подагры, включает (2)

- поляризационную микроскопию синовиальной жидкости

- посев синовиальной жидкости

3. В случае невозможности проведения исследования синовиальной жидкости, для верификации дебюта подагрического артрита левого коленного сустава у данного больного можно было бы провести _____ левого коленного сустава

- УЗИ

4. На основании проведенного пациенту обследования диагноз может быть сформулирован как

- Подагра, острый артрит левого коленного сустава

5. По результатам проведенного обследования пациенту может быть диагностирована _____ стадия подагры

- третья

6. Для купирования острого подагрического артрита пациенту показано наличие

- Колхицина

7. лечение колхицином пациенту следует назначить с дозы _____ мг/сут

-1,5

8. Модификация диеты пациента, учитывая диагностированную у него подугру, должна состоять в ограничении

- Продуктов, содержащих пурины

9. Дальнейшая тактика ведения пациента должна состоять в

- назначении постоянной уратснижающей терапии

10. Уратснижающим препаратом «первой линии» для данного пациента является

- Аллопуринол

11. Целью уратснижающей терапии у данного пациента будет достижение уровня порогового значения урикемии менее _____ мкмоль/л

- 360

12. Абсолютным показанием для безатлогательного назначения уратснижающей терапии является

- Снижение СКФ Менше 60 мл/мин/1,73

Задача 343

Пациент Н. 18 лет обратился за медицинской помощью к участковому врачу — терапевту _____ районной поликлиники.

Жалобы

На слабость, утомляемость, заложенность носа, сухой кашель и чувство нехватки воздуха, _____ пациента _____ практически ежедневно.

Анамнез _____ заболевания

- иные хронические заболевания отрицает - питание регулярное, полноценное. не курит, алкоголем _____ не злоупотребляет. _____ профессиональных _____ вредностей _____ не

имел- аллергическая реакция на пыльцу,цветение деревьев в видеаллергического ринита

1.Пациент поступилв стационар с предварительным диагнозом: обострение БА. На момент поступления ступень тяжести обострения следуетклассифицировать как

- **Легкое/среднетяжелое**

2.Учитывая, что пациент регулярно принимает будесонид 400 мкг/сут, на фоне которого заболевание обостряется, как правило, один раз в год- в «период цветения», степень тяжести БА следует классифицировать как

- **Легкую**

3. Обследование пациента, поступившего с обострением БА должно включать (3)

- **Рентгенографию органов грудной клетки**

- **Пульсоксиметрию**

- **спирометрию**

4. Пациенту показано назначение

- **Короткодействующих В2агонистов и ипратропия бромиды с подбором дозы в соотв с эффектом терапии**

5. обострения..... – **6-10;1-2**

6. После 6-х доз ДАИ«Сальбутамол» 100 мкгнаступило некотороеулучшение, однако уже через2 часа пациент вновь отметилусиление одышки и нарастание чувства«заложенности» в груднойклетке. В связи с этим тактикаведения пациента должназаключаться в

-**назначении системных ГКС**

7. Предпочтительнымспособом доставкисистемных ГКС в данномслучае будет являться

- **пероральный**

8. Продолжительность курсасистемных ГКС должнасоставлять _____ дней

-**5-7 дней**

9. В качестве базиснойтерапии пациенту

- **низких доз ИГКС+БДБА по потребности**

10.пациента следует предупредить :...

-**осиплость голоса**

11. Аллергенспецифическая терапия

-аллергологом-иммунологом

12. Повышение фракцииоксида азота во выдыхаемомвоздухе (FENO)свидетельствует о/об

- аллергическим характере воспаление в бронхах

Задача 344

Пациент Х., 66 лет, обратился наприем к врачу-терапевту.

Жалобы

На одышку при физической нагрузке,кашель со слизисто-гнойноймокротой, сонливость днём,бессонницу ночью. В последние 5дней также отмечает повышеннуюпотливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры теладо 37,4°С.

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицае - курил с 16 до 50 лет по пачке в день,после появления кашля старалсяограничивать количество сигарет, на данный момент курит около 10сигарет в день
- профессиональные вредностиотрицает, работал инженером, сейчасна пенсии
- аллергические реакции: поллиноз,антибиотики пенициллиного ряда -сыпь (крапивница - отец умер в 70 лет, со слов больногоимел какие-то проблемы с легкими

1. Для выявления и оценкестепени тяжести обструкциидыхательных путейцелесообразно выполнить

- спирометрию

2. Оценка тяжести пациентов при ХОБЛ

-на основании классификации ХОБЛ согласно GOLD

3. Предположительным диагнозом у пациента является

-хроническая обструктивная болезнь легких

4. Как в проксимальных, так ив дистальных отделахдыхательных путей для ХОБЛхарактерно повышение

- Нейтрофилов

5. Измерение концентрации α 1-антитрипсина данному пациенту

- Показано в связи с наличием эмфиземы преимущественно в базальных отделах легких

6. По результатам осмотра по шкале mMRS— 3 балла, САТ-тест — 12 баллов.

Пациентотмечает, что состояниеухудшается 1 раз в год. Всоответствии склассификацией GOLD) (2011г.)пациент относится к группе

- В (низкий риск обострений, симптомы выражены)

7. В связи с нарастанием интоксикации..

- **макролиды**

8. Преимуществом бета-2-агонистов по сравнению с антихолинергическими препаратами при лечении обострения ХОБЛ является

- **Более быстрое развитие эффекта**

9. После установления диагноза пациенту следует назначить комбинацию длительно действующего антихолинергического препарата и

- **длительно действующего бета-2-агониста**

10. Данному пациенту показана вакцинация от гриппа и

- **пневмококка**

11. Одним из показаний для хирургического лечения ХОБЛ— проведения трансплантации легких является

- **ОФВ меньше 15% должных**

12. В качестве реабилитационного лечения пациенту следует рекомендовать

- **Обучение в школе больных, отказ от курения**

Задача 345

Пациентка М. 24 года, обратилась к участковому врачу.

Жалобы

При поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- В анамнезе обращают на себя внимание неоднократные эпизоды тонзиллофарингита (до 3-4 в год)

- Вредные привычки отрицает. Студентка театрального вуза- Аллергические реакции отрицает- Мать (54 года) страдает гипертонической болезнью с 40 лет

Анамнез жизни Две недели назад заболело горло,

температура поднялась до 38,00С. Терапевтом был назначен антибиотик (Амоксиклав) на 10 дней по 500 мг х 3 раза в день, лабораторные исследования не проводились.

1. Для постановки диагноза из лабораторных методов обследования целесообразно выполнить (выберите 4)

- **анализ титра антистрептококковых АТ**

- **Общий анализ мочи**

- **Биохимический анализ крови**

- Анализ мочи по Ничипоренко

2. Для постановки диагноза из инструментальных методов исследования необходимо выполнить

-УЗИ почек

3. Наиболее вероятным основным диагнозом является

-острый постстрептококковый гломерулонефрит

4. Для мембранопротрофиеративного гломерулонефрита в отличие от постстрептококкового характерно/характерна

- Более длительная гипокплементемия

5. Показанием к госпитализации при постстрептококковом гломерулонефрите является

- Нарушение функции почек, сохраняющаяся АГ, признаки сердечной недостаточности, нефротический синдром

6. В течение заболевания титр уАСЛ-О

- Повышаются через одну неделю после начала инфекции, пик через один месяц, возвращение к исходному уровню в течение нескольких месяцев

7. Препаратами первой линии при симптоматической терапии являются

- Петлевые диуретики

8. Назначение антибиотиков у пациентке показано

- только после бактериологического исследования

9. Немедикаментозными принципами лечения гломерулонефрита являются/является

- Постельный режим, диета с ограничением потребления соли, белка и жидкости

10. Через 3 дня от начала лечения пациентка была госпитализирована в стационар в связи с

сохранением нефротического синдрома. Проводилось лечение, но нефротический синдром сохраняется более 2-х недель, уровень креатинина 115 мкмоль/л — без динамики последние 2 недели. Тактикой врача является

-Проведение биопсии почки

11. Показанием к биопсии почки является

- мочевого синдром при персистирующем более 3х месяцев низком уровне комплемента С3

12. Одним из факторов неблагоприятного прогноза течения заболевания является

- неконтролируемая АГ, развившаяся во время заболевания

346

Пациент М. 56 лет обратился на приём к участковому врачу.

Жалобы. Боли в эпигастриальной области с иррадиацией в левую половину грудной клетки и левую лопатку, возникающую сразу после приёма пищи, отрыжка кислым, тошнота, запоры, рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение.

1. Для постановки диагноза из инструментальных методов исследования необходимо выполнить (выберите 4)

Фгс, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, анализ кала на скрытую кровь, УЗИ орг бр пол

2. в связи с тем, что пациенту...

- быстрый уреазный тест

3. у пациента не выявлена инфекция...

- Симптоматические язвы желудка

4. Основной причиной поражения желудка у пациента является

- Длительный приём НПВС

5. Наиболее вероятным осложнением...

- кровотечение

6. Признаком гастродуоденальных язв и эрозий, обусловленных приемом НПВП, являются/является

- Множественный характер, малосимптомное течение, манифестация внезапными желудочно-кишечными кровотечениями

7. Препаратами выбора для данного пациента являются

- ингибиторы протонного насоса

8. длительность лечения пациента...

- 4-6 недель

9. Пациенту следует исключить из питания

- крепкие мясные бульоны

10. одним из признаков малигнизации язвы

- утрата периодичности, сезонности обострений

11. Симптомами начала перфорации язвы являются/является

- Внезапная «кинжальная» боль, вынужденное положение

12. пациентам с лабораторно и эндоскопически подтвержденным....

- внутривенное введение эзомепразола

347.

Пациентка Ш., 64 года, пенсионерка, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На снижение аппетита; чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приема любой пищи; отрыжку воздухом и вздутие живота; чувство онемения и покалывания в нижних конечностях; периодическая диарея; чувство жжения и онемения на кончике языка; постоянную слабость.

1. В план обследования пациентки необходимо включить (выберите 5)

Клинический анализ крови, бх крови, исследование морфологии костного мозга, определение уровня витамина В12 в сыворотке крови, определение уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови

2. Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение **Фгс**

3. Предполагаемым основным диагнозом является:

В12 дефицитная анемия

4. Клиническим(- и) проявлением (-ями) фуникулярного миелоза у данной пациентки является]являются

Ощущение онемения и покалывания в ногах

5. Клиническим проявлением поражения системы пищеварения у данной пациентки является

Гладкий «лакированный» язык

6. Наиболее вероятной причиной развития у пациентки В12- дефицитной анемии является **Атрофический гастрит**

7. Пациентке показан путь введения цианокобаламина

Внутримышечный

8. Ранний контроль эффективности терапии В12- дефицитной анемии по возникновению ретикулоцитарного криза проводится на сутки от начала лечения

5-7

9. После начала терапии цианокобаламином повышение уровня гемоглобина ожидается на сутки

7-10

10. Ежедневная потребность организма человека в витамине В12 составляет мкг **2-4**

11. Показанием для переливания эритроцитарной массы больным В12-дефицитной анемией является

Определяется по индивидуальным показаниям

12. характерным диагностическим признаком

-мегалобластов

348.

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы. На повышение температуры тела до 38,5°C, общую слабость, кашель со слизистой мокротой, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке.

1. В план лабораторных методов обследования пациента

Развёрнутый общий анализ крови, бх крови, уровень срб, бактериоскопию и культуральное исследование мокроты

2. Инструментальное обследование пациента должно включать (выберите 2)

Рентген ОГК, экг

3. На основании данных проведённого обследования пациенту может быть поставлен диагноз

Долевая пневмония неуточнённая

4. Для оценки прогноза пневмонии в стационаре следует использовать шкалу

PORT

5. Известно что,...

ампициллин

6. Эффективность проводимой больному антибактериальной терапии следует оценивать через (в часах)

48-72

7. При неэффективности стартовой антибиотикотерапии пациенту показано назначение **Левифлоксацина**

8. При эффективности антибактериальной терапии продолжительность лечения пациента должна

Определяться индивидуально

9. Показанием для отмены антибиотикотерапии у пациента будет являться стойкое снижение температуры тела $< _ \text{ } ^\circ\text{C}$ в течение не менее 48 часов

37,2

10. При улучшении состояния пациента противопоказанием для отмены антибактериальной терапии будет наличие

Лейкоцитоза 12×10

11. показанием к проведению стандартной...

-90

12. При тяжелом течении внебольничной пневмонии и развитии септического шока в случае назначения глюкокортикостероидов предпочтение следует отдавать

Гидрокортизону

349.

На приеме у терапевта пациентка 35 лет.

Жалобы. На общую слабость, сонливость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, повышенную ломкость ногтей, выпадение волос, «заеды» в уголках рта.

1. Лабораторное обследование пациентки должно включать проведение (выберите 2)

Общий анализ крови, исследование крови на железо, ожсс, ферритин

2. Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение (выберите

Рентген ОГК, УЗИ ОБП, ЭГДС

3. На основании проведенного обследования пациентке может быть поставлен диагноз:
Анемия

Железодефицитная

4. Наиболее вероятной причиной развития анемии у пациентки является

Большой объем менструальных кровопотерь

5. Лечение железодефицитной анемии у данной пациентки должно включать назначение

Препаратов железа

6. При лечении пациентки препаратами железа следует отдать предпочтение пути введения препарата

Пероральному

7. Показанием для перехода на парентеральный путь введения препаратов железа у пациентки может стать

Плохая переносимость пероральных форм

8. при возникновении необходимости парентерального

-анафилактического шока

9. Оценку эффективности проводимой пациентке ферротерапии на 8-12 сутки от начала лечения можно провести по

Ретикулоцитарному кризу

10. Достоверную оценку роста концентрации Нв на фоне лечения пациентке следует проводить не ранее чем через $_ \text{ }$ недели от начала лечения

2,5-3

11 на фоне начала ферротерапии...

5-6

12. Длительность терапии препаратами железа при лечении железодефицитной анемии определяется

Выраженностью железодефицита

350.

Пациент Л. 65 лет госпитализирован в стационар.

Жалобы

- боли в горле при глотании, осиплость голоса;
- сильный кашель, сопровождающийся болями в груди;
- ночную потливость, общую слабость, повышение температуры тела до 37,90С;
- головную боль, наиболее выраженную в теменной области;
- периодически возникающие боли в мышцах и суставах

1. Лабораторное обследование у пациента должно включать проведение (выберите 4)

Общий анализ крови, бх крови, определение уровня СРБ, бактериоскопия и культуральное исследование мокроты

2. Инструментальные методы обследования пациента должны включать проведение (

Рентген ОГК, экг

3. Принимая во внимание клиническую картину заболевания, подозрительную на наличие пневмонии и отсутствие очевидной очаговой

Кт органов грудной полости

4. На основании проведенного у обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

Внебольничная левосторонняя пневмония

5. Течение основного заболевания у данного пациента осложнилось развитием

Дыхательной недостаточностью

6. Тяжесть респираторных нарушений, развившихся у пациента, соответствует _ степени дыхательной недостаточности

1

7. оценку риска неблагоприятного

CRB-65

8. В соответствии со шкалой уСКВ-65 тяжесть состояния пациента может быть оценена в _ балл (балла)

1

9. Учитывая неэффективность у...

Левифлоксацину

10. Оценить эффективность проводимой пациенту антибактериальной терапии макролидом можно будет через часа (часов)

48-72

11. Об эффективности проводимой пациенту антибактериальной терапии через 48-72 часа можно будет судить по

Снижению температуры тела

12. Показанием для отмены антибактериальной химиотерапии у пациента будет являться **Стойкое снижение t тела <37,2С в течение не менее 48 ч**

351.

Пациентка Л. 33 года госпитализирована в стационар.

Жалобы

На кашель с мокротой желто-белого цвета, усиливающийся к вечеру и в ночные часы, повышение температуры до 38,5С, общую слабость, ночную потливость, боли в груди, возникающие при кашле.

1. Для постановки диагноза из лабораторных исследований необходимо выполнить (выберите 3)

Бх анализ крови, анализ крови СРБ, бактериоскопия и культуральное исследование мокроты

2. Из инструментальных исследований в данном случае показаны

Мскт органов грудной полости, экг

3. Предположительным диагнозом является

Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония

4. для оценки прогноза пневмонии

PORT, CURB/CRB-65

5. у пациентки нетяжелая...

Парентерального (внутримышечного)

6. учитывая анамнез...

цефтриаксон

7. при принятии решения.....

Частота дыхания меньше 24 в мин

8. при решении об отмене....

48

9. При проведении респираторной поддержки...

92

10. кортикостероиды системного действия пациентке

- не показаны, поскольку пневмония не тяжелая и не осложнена септич шоком

11 назначение парентеральных антикоагулянтов с целью...

-не показано, поскольку пневмония не тяжелая и отсутствуют риски тромбоэмболий в анамнезе

12. С целью противоэпидемических мероприятий медицинская организация, выявившая больного внебольничной пневмонией, обязана

Передать экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф. 058у)