

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

- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

4. Какой основной диагноз? ИСБ. Стенокардия напряжения

5. У пациента _____ функциональный класс стенокардии 2

6. У пациента предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 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 паравerteбральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный

с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

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

- уровень креатинина плазмы
- общий анализ мочи
- исследование глюкозы в плазме крови (натощак)
- общий анализ крови
- исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

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

- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
- эхокардиография трансторакальная
- ультразвуковое исследование почек
- внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД
- электрокардиография покоя в 12 отведениях

3) Какой основной диагноз?

гипертоническая болезнь

4) У пациентки ____ стадия ГБ

2

5) У пациентки ____ АГ

2 степень

6) У пациентки ____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений
высокий

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

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

9) Больной следует назначить комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов

10) Целевым для пациентки является АД < ____ мм рт.ст.

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 30 лет 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 участковой полугода назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт ст; в анализе мочи выявилась альбуминурия 30 мг/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 100 мг/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 Водчал. 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 (цистон, канефрон Н) и постоянная гипотензивная терапия

Задача 7. Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. 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 (выберите 3)
 - ЭКГ покоя в 12 отведениях,
 - измерение уровня тропонина I или тропонина T,
 - измерение уровня глюкозы крови
2. При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ V3R и V4R
3. Больного необходимо
 - госпитализировать в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
4. Какой основной диагноз?
 - ОКСпST
5. Рутинная стратификации риска в период госпитализации у пациента
 - не проводится
6. Пациенту необходимо выполнить
 - Первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)

7. Больному необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе
ацетилсалициловая кислота 250 мг + прасугрел 60 мг
8. Пациенту показан/показано введение
-парентеральных антикоагулянтов
9. Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах _____ после первичного контакта с медицинским работником
-120 минут
10. Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе _____ мг/сут
-40-80
11. Двойная антиагрегационная терапия показана пациенту в течение ____ мес.
-12
12. Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту необходимо рекомендовать
-отказаться от курения

Задача 8

Женщина 70 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом

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

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

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

Объективный статус Общее состояние средней степени тяжести. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м². ОТ – 98 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет.

АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

1) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования (выберите2)

-ЭКГ покоя в 12 отведениях

-измерение уровня тропонина I /или тропонина Т/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?

ОКСбпST

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

-Нестабильная стенокардия

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

-GRACE

7) У пациентки сумма баллов по шкале GRACE равна 102.Учитывая наличия 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 9.

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 валокардина, 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 10.

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,
 - рентгенография грудной клетки
- 3 Какой основной диагноз? -ИБС. Стенокардия напряжения
4. У пациента ___3___ функциональный класс стенокардии
5. Учитывая отсутствие выраженного эффекта от медикаментозной терапии, пациенту показана ---инвазивная коронароангиография
6. По данным коронароангиографии у пациента в правой коронарной артерии выявлен стеноз до 95% на границе среднего и дистального сегментов, в связи с чем выполнена ангиопластика и стентирование правой коронарной артерии стентом с лекарственным покрытием. После проведения чрескожного коронарного вмешательства пациенту показана терапия
 - ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом
7. Двойную антиагрегантную терапию при отсутствии признаков кровотечения у пациента следует проводить в течение ____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 достижения целевого уровня ХсЛНП _____ ммоль/л

<1,8

11. Пациенту показана диета для снижения уровня _____ крови

-общего холестерина

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

Задача 11.

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 – $25,2 \text{ кг/м}^2$. 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 12.

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

6 «Золотым стандартом» диагностики инфекционного эндокардита является

-эхокардиография

7) При подозрении на инфекционный эндокардит в случае отсутствия характерных признаков по данным трансторакальной эхокардиографии больным необходимо провести

-чреспищеводную эхокардиографию

8) Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите проводится не менее _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 13

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 Т/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?

-ОКСбпST

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?

ИМбпST

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 эзимибом/алирокумабом для достижения целевого уровня ХС ЛНП Менее _____ 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 14

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 15. 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. Мониторирование 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
- 3а

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

Задача 16.

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

-Клинический анализ крови

-определение вирусного антигена методом РИФ в носоглоточных смывах

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

-вирусными инфекциями (аденовирус, парагрипп, риновирус и др)

6. Препаратами выбора для лечения гриппа являются

-Ингибиторы нейраминидазы (Оскeltaмивир)

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 и отхаркивающих средств

10. Длительность этиотропной терапии при гриппе составляет

-5 дней

11. Одним из показаний назначения антибактериальной терапии при гриппе считают

-наличие признаков бактериальной инфекции респираторного тракта.

12. К мероприятиям неспецифической профилактики гриппа относят

-избегание переохлаждений.

Задача 17.

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 инъектированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст.

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

-иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов вируса гриппа в носоглоточных образцах.

-полимеразная цепная реакция к возбудителям

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

-электрокардиография.

-рентгенография (томография) органов грудной клетки

3. Какой основной диагноз?

-Грипп, среднетяжёлая форма

4. Осложнением гриппа является

- острая дыхательная недостаточность

5. Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с

-вирусными инфекциями (аденовирус, парагрипп, риновирус и др.)

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

-ингибиторы вирусной нейраминидазы (осельтамивир, занамивир)

7.Тактика ведения данного больного включает

-госпитализацию пациента в инфекционное отделение

8.Симптоматическая терапия гриппа включает назначение

-сосудосуживающих препаратов

9.Длительность этиотропной терапии при гриппе составляет

- 5 дней

10.В одной капсуле осельтамивира содержится 75____ мг действующего вещества мг действующего вещества -75

11.Изоляция больных гриппом проводится на ____7____ дня/дней 7

12.В РФ против гриппа используется вакцина

-для профилактики гриппа инактивированная

Задача 18.

Ситуация: Больной 45 лет обратился в поликлинику

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

Анамнез заболевания : Рос 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 99кг, 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 , сочетающееся 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 подагрический артрит , олигоартрит 1-го левого плюснефалангового сустава

4. При подагре увеличивается риск развития

- Хронической болезни почек и сердечно-сосудистой патологии.

5. Основная терапия при остром приступе подагры включает назначение

- Диклофенака или колхицина

6. Вместо диклофенака можно выбрать

- нимеслид

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 19.

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 неотягощена. 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 появились 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 20.

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 115/75 мм 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 21.

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

- 1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
- специфический иммуноглобулин Е к эпителию кошки в сыворотке крови
 - клинический анализ крови
 - общий анализ мокроты
- 2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
- спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции
 - пульсоксиметрия
- 3) В данной клинической ситуации основным диагнозом является
- Аллергическая бронхиальная астма, среднетяжелое неконтролируемое течение, среднетяжелое обострение. Сезонный аллергический ринит. Сенсибилизация 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 22.

Пациентка 65 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на:

- кашель с трудноотделяемой мокротой жёлтого цвета,
- повышение температуры тела до 38,2°C,
- одышку при незначительной физической нагрузке,
- учащённое сердцебиение, отёки ног,
- озноб, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

- Заболела остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились кашель с мокротой жёлтого цвета, озноб, общая слабость.
- Одновременно отметила усиление одышки при ходьбе и в ночные часы.
- С 50 лет страдает артериальной гипертонией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст.
- В 60 лет перенесла инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка.
- С 63 лет присоединились одышка при обычной физической нагрузке, отёки ног. Постоянно принимает статины и ацетилсалициловую кислоту, нерегулярно – ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия.
- Наследственность и аллергоанамнез: без особенностей.
- Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°C. Гиперстенического телосложения, рост – 158 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – 28,8 кг/м², периферические лимфоузлы не увеличены, отёчность стоп и нижней трети голеней. Дыхание поверхностное, ЧДД – 20 в минуту. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в подлопаточных областях с обеих сторон. При аускультации в зонах притупления выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 160/95 мм рт.ст. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык слегка обложен белым налетом.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под рёберной дуги на 3 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

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

- **клинический анализ крови**
- **бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму)**
- **общий анализ мокроты**

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

- **пульсоксиметрия**
- **рентгенография органов грудной клетки**

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- **Внебольничная пневмония нижней доли левого и правого лёгкого**

4. В данной клинической ситуации к сопутствующей патологии можно отнести

- **ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН IIБ ст. III ФК. ГБ III ст., ст 3, риск**

4. Избыточная масса тела.

5. В данной клинической ситуации наблюдение и лечение пациентки следует проводить в

- **отделении общего профиля**

6. В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение

- **ингибиторзащищённого аминопенициллина**

7. Для лечения сопутствующей патологии данной пациентке показано назначение комбинации

- **ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, диуретиков**

8. Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- **гриппа**

9. Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

- **IIIa**

10. Целевым значением систолического артериального давления для пациентки является _____ мм рт.ст.

- **130-139**

11. Целевым значением диастолического артериального давления для пациентки является величина менее _____ мм рт.ст.

- **80**

12. Суточный объём потребляемой жидкости для данной пациентки не должен превышать _____ л

- **2**

Задача 23.

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 ≥ 30 /мин, систолическое АД < 90 мм рт.ст. или диастолическое АД ≤ 60 мм рт.ст., возраст ≥ 65 лет

5. В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке может быть назначен _____ внутрь

- кларитромицин

6. Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах) - 48-72

7. Главным критерием окончания антибактериальной терапии является

- стойкая нормализация температуры в течение 3 суток

8. Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях)

- 3-4

9. Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют (в днях) - 20-21

10. Диспансерное наблюдение после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение __12__ месяцев 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 наблюдения пациентка переводится в __1__ группу состояния здоровья

Задача 24.

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

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

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

Анамнез жизни Рос и развивался нормально. Работает водителем автобуса. Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

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

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

- D-димер,
- общий анализ мокроты,
- клинический анализ крови

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

- рентгенография органов грудной клетки,
- электрокардиография,
- спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции

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

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

5. Для верификации основного диагноза следует назначить бронхоскопию и

- Компьютерную томографию органов грудной клетки

6. Для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания пациенту следует назначить

- длительно действующие антихолинергические препараты

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

- коротко действующие бронходилататоры

8. Пациенту показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и
-гриппа

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

10.Учитывая сопутствующее заболевание, пациент относится к ____ группе состояния здоровья IIIa

11.Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет __2__ раз/раза

12.Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет __2__ раз/раза

Задача 25.

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы: На тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, усиливающиеся через 40-60 минут после еды (чаще после приёма обильной, жирной, жареной пищи и алкоголя), с иррадиацией в спину, отрыжку воздухом, изжогу, тошноту, вздутие живота, кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи, сухость во рту, прогрессирующее похудание (за последний год похудел на 8 кг).

Анамнез заболевания: Длительное время злоупотребляет алкоголем, 7 лет назад стали беспокоить вышеописанные боли, которые носили интермиттирующий характер и уменьшались при приёме обезболивающих. За медицинской помощью не обращался.

В течение последнего года интенсивность и продолжительность болей значительно прогрессировали, присоединились изжога, тошнота, метеоризм, нарушения стула, потеря веса. Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Работает курьером. Перенесённые заболевания: пневмония. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день), в течение последних 20 лет злоупотребляет алкоголем. Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,8°C. Пониженного питания, рост – 173 см, масса тела – 54 кг, ИМТ=18,0 кг/м². Гипотрофия скелетной мускулатуры. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не пальпируются, отёков нет. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Язык подсушен. Живот вздут, при пальпации определяется умеренная болезненность в области эпигастрия и левого подреберья. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптомов раздражения брюшины нет.

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

-б/х анализ крови,

-клинический анализ крови,

-копрограмма.

2.Выберете 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

-мультидетекторной 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 26.

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

-Эзофагогастродуоденоскопия 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 27

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 28.

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы

на

изжогу после еды, при физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении, отрыжку кислым содержимым, боли за грудиной, дискомфорт во время приёма пищи, усиливающиеся при наклонах и в горизонтальном положении, прогрессирующую слабость.

Анамнез заболевания

Более 15 лет беспокоит изжога и отрыжка кислым содержимым.

К врачу не обращалась, самостоятельно использовала антацидные препараты.

В течение последних 4 месяцев изжога приобрела постоянный характер, появились вышеописанные боли за грудиной.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает кассиром.

Перенесённые заболевания, операции: ОРВИ, аппендэктомия.

Беременности – 2, роды – 1.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день).

Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 162 см, масса тела – 81 кг, индекс массы тела – 30,8 кг/м², температура тела – 36,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые с бледным оттенком, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. (выберите 3)

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

Клинический. анализ крови

Биохим анализ крови

Анализ Кал на скрытую кровь

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования.

-Эзофагогастродуоденоскопия

3 В данной клинической ситуации .Основным диагнозом является.

-Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит 2 ЖДанемия

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)

-4

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

__-6__

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 лечения анемии в данной клинической ситуации следует назначить

- препараты железа

11.Пациентка относится к группе состояния

здоровья IIIa

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

__2__

Задача 29

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 32 лет.

Жалобы на: частые (2-3 раза в неделю) эпизоды схваткообразных болей в подвздошных областях, возникающих после еды, сопровождающихся выраженным метеоризмом и уменьшающихся после дефекации, рецидивирующее учащение стула разжиженной консистенции до 3-4 раз в сутки в дневные часы, сопровождающееся чувством неполного опорожнения кишечника,

тошноту, изжогу после еды, головную боль, ощущение внутренней дрожи, неполного вдоха, бессонницу.

Анамнез заболевания: Данные симптомы стали беспокоить около 2 лет назад после длительного тяжёлого психоэмоционального стресса.

К врачу не обращалась, для уменьшения болей принимает спазмолитики с кратковременным эффектом. Связь диареи с характером пищи отсутствует.

Отмечает нарастание интенсивности симптомов в период менструации.

Снижения аппетита и веса не отмечает.

Анамнез жизни: Росла и развивалась нормально. Профессия: преподаватель вуза.

Перенесённые заболевания: ОРВИ. Беременности – 3, роды – 2.Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 20 лет (5 сигарет в день).

Часто употребляет шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Гиперстенической конституции, рост – 1,60 м, масса тела – 80 кг, индекс массы тела – 31,2 кг/м², температура тела –

36,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, незначительная разлитая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации, преимущественно в подвздошных областях, больше слева. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При опросе определяется значительно сниженный фон настроения, склонность к ипохондрии.

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

- копрограмма, анализ кала на скрытую кровь
- клинический анализ крови
- биохимический анализ крови

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

- колоноскопия
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- эзофагогастродуоденоскопия

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- Синдром раздраженного кишечника с диареей

4. В данной клинической ситуации сопутствующей патологией является

- Ожирение I степени

5. Для оценки консистенции кала используют Бристольскую шкалу кала, включающую ____ типов

-7

6. В данном клиническом случае целесообразно исключить

- целиакию

7. Для купирования боли в данной ситуации рекомендован приём

- спазмолитиков

8. Для купирования диареи в данной ситуации рекомендован приём

- лоперамида

9. Для коррекции эмоциональных нарушений пациентке целесообразно назначить

- антидепрессанты

10. Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют ____ дней

-18-20

11. Пациентка относится к ____ группе состояния здоровья

-II

12. Факторами,отягощающими течение данного заболевания, являются длительный анамнез болезни, хронический стресс и

- Длительный анамнез болезни

Задача 30.

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 28 лет.

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

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

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Профессия: банковская служащая. Перенесённые заболевания: ОРВИ, детские инфекции. Беременности – 0. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 18 лет (5 сигарет в день). Часто употребляет шоколад, газированные напитки, сладкие мучные изделия.

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

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

- клинический анализ крови,
- биохимический анализ крови,
- копрограмма, кал на скрытую кровь

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

- колоноскопия,
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости,
- эзофагогастродуоденоскопия

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- Синдром раздраженного кишечника с запором

3. В данной клинической ситуации сопутствующей патологией является
4. -Ожирение I степени
5. Для оценки консистенции кала используют Бристольскую шкалу кала, включающую ___7___ типов
6. В данной клинической ситуации показано увеличение содержания в пищевом рационе -
- -----растительной клетчатки
7. Для купирования боли в данной ситуации рекомендован приём
-спазмолитиков
8. Для лечения хронических запоров рекомендуемый суточный объём потребляемой жидкости составляет ____2__ л
9. Для коррекции эмоциональных нарушений данной пациентке целесообразно назначить
- антидепрессанты
10. В качестве нефармакологического метода лечения при длительном течении заболевания следует рассмотреть назначение
- психотерапии
11. Пациентка относится к ____2___ группе состояния здоровья
12. Факторами, отягощающими течение данного заболевания, являются длительный анамнез болезни, хронический стресс и
-наличие психических заболеваний

Задача 31.

На прием к врачу-терапевту участковому обратилась больная 58 лет.

Жалобы : На надсадный постоянный малопродуктивный кашель , скудное кровохарканье , одышка при быстрой ходьбе , слабость прогрессирующее похудание.

Анамнез заболевания: Росла и развивалась нормально. Не работает .Перенесенные заболевания , операции: аппендэктомия .Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.Вредные привычки курит с 25 лет (20 сигарет в день)

Анамнез жизни: Имеет длительный стаж табакокурения , с 45 беспокоит хронический малопродуктивный кашель , с 56 лет присоединилась одышка с затрудненным выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращалась.

В течении последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля который приобрел надсадный характер, появились прогрессирующая слабость , похудание.

10 дней назад впервые заметила примесь небольшого количества крови в мокроте , с этого времени в утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка) .Обратилась в районную поликлинику.

Объективный статус: При осмотре состояние средней степени тяжести, астенического телосложения , рост-1.60 вес-46 кг , ИМТ -18 кг/м , температура тела 36.4 .Кожные покровы обычной окраски , периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет.

Грудная клетка астенической формы , при аускультации справа по передней аксиллярной линии на уровне 4, 5 межреберья – резкое ослабление дыхания .В остальных точках аускультации- везикулярное дыхание , ЧДД -18 в минуту , Сатурация – 96 % . Тоны сердца ритмичные , пульс 75 в минуту , АД 120/70 мм рт ст . Живот мягкий безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Индекс одышки по шкале =1.

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

-клинический анализ крови

-общий анализ мокроты

-D-димер

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

-рентгенографию органов грудной клетки

-спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции

-электрокардиография

3.Сформулируйте предполагаемый основной диагноз

-Центральный рак средней доли правого легкого

4.Укажите сопутствующее заболевание

-Хроническая обструктивная болезнь легких , 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.

Препаратами выбора для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания являются

-Длительнодействующие антихолинергетики

7.Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме « по требованию следует назначить

-короткодействующие бронходилататор

8.Пациенту показано проведение вакцинации против

-гриппа пневмококковой инфекции

9.В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать

-прекращения курения , легочную реабилитацию.

10. Учитывая сопутствующее заболевание , пациентка относится к _3а_____группе здоровья.

11.Кратность посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет__2__ раза в год 2

12. Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет__2__ раза в год

Задача 32

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 33.

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: неотягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Проживает в отдельной квартире, неженат, 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 __1__ 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 инфекции составляет

- 1 неделю

Задача 34.

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет.

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Заболевание развилось остро, ночью с появления тошноты, спонтанной многократной рвоты (до 6-ти раз), приносящей кратковременное облегчение, чувства тяжести в эпигастральной области. Спустя 1,5-2 часа от начала заболевания отметила появление жидкого водянистого стула до 10-ти раз.

Позже почувствовала озноб, слабость, головную боль. Появилась жажда, головокружение. Температура тела не превышала 37,5°C.

Анамнез жизни: Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Проживает в отдельной квартире с родителями.

Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, однако в день заболевания встречала подругу на вокзале, там же перекусила вместе с ней пирожком с повидлом. В настоящее время у подруги отмечаются схожие симптомы.

Объективный статус: Температура тела 37,2°C. Кожные покровы бледные, сухие. Цианоз носогубного треугольника. Голос несколько ослаблен. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул жидкий, обильный, без патологических примесей. Диурез снижен. Судороги мышц кистей, кратковременные.

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 инфекции составляет -1 неделю

Задача 35

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 эпигастриальной 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 статусТемпература 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 обезвоживания II

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.Правилом 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 36

Больная К., 19 лет, обратилась в поликлинику

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

Анамнез заболевания · Заболела остро, когда отметила повышение температуры до 38,7^оС, появление «ломоты» в теле, недомогания, слабости. Принимала самостоятельно жаропонижающие средства. Самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, слабость нарастала, была однократная рвота, стали беспокоить тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, температура тела повысилась до 38^оС.· На 6-й день болезни больная отметила снижение температуры тела и некоторое улучшение общего самочувствия, но окружающие заметили желтушность склер и кожи, что послужило причиной обращения к врачу.

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

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

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

закруглен, мягко-эластичен, чувствителен. Пальпируется селезенка. · Кал ахоличен. Моча темная.

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

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

3. Какой диагноз можно установить на основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования?

Вирусный гепатит А, желтушный вариант, средне-тяжелая форма

4. К клиническим вариантам гепатита А относят **безжелтушный, стертый**

5. Дифференциальную диагностику гепатита А в преджелтушном периоде следует проводить с

гриппом и другими ОРВИ, бактериальным пищевым отравлением

6. Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является

снижение уровня протромбинового индекса

7. При легкой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию

базисную

8. При среднетяжелой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию

Инфузионную дезинтоксикационную

9. При лечении тяжелой формы гепатита А применяют **энтеросорбент**

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

11. О каждом случае заболевания гепатита А (подозрении на гепатит А) медицинские работники в течение _____ посылают экстренное извещение по установленной форме в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор **12 часов**

12. Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью **проведения вакцинации**

Задача 37

Больной М., 18 лет, обратился в поликлинику

Жалобы на слабость, снижение аппетита, тошноту, желтушное окрашивание кожи

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

Анамнез жизни Проживает в отдельной квартире с родителями. Перенесенные заболевания: пневмония, детские инфекции. Аллергоанамнез: не отягощен. Эпиданамнез: в августе 2017г. отдыхал на юге, питался в столовых, пил некипяченую воду. Контакт с больными, у которых были подобные симптомы заболевания, отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус Температура тела 36,5°C. Кожный покров желтушной окраски, сыпи нет. Склеры иктеричны. ЧСС – 62 уд. в мин, АД – 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка четко не пальпируется. Моча темного цвета. Кал ахоличный.

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

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

3. Какой диагноз можно установить на основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования?

Вирусный гепатит А, желтушный вариант, средне-тяжелая форма

4. К клиническим вариантам гепатита А относят

безжелтушный, стертый

5. Дифференциальную диагностику гепатита А в желтушном периоде следует проводить с **иерсиниозом, лептоспирозом**

6. Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является

снижение уровня протромбинового индекса

7. При легкой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию

Базисную (полупостельный режим, диета щадящая)

8. При среднетяжелой форме вирусного гепатита А проводят ____ терапию

инфузионную дезинтоксикационную

9. При лечении тяжелой формы гепатита А применяют

антибиотик широкого спектра действия

10. Реконвалесcentes гепатита А должны находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных заболеваний в течение

3-6 месяцев

11. Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью

проведения вакцинации

12. О каждом случае заболевания гепатита А (подозрении на гепатит А) медицинские работники в течение ____ часов посылают экстренное извещение по установленной форме в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор

12

Задача 38

Больная С., 18 лет, обратилась в поликлинику

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

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

Анамнез жизни Студентка. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Аллергоанамнез: неотягощен. Эпиданамнез: за месяц до настоящего заболевания отдыхала в студенческом лагере. Нередко питается в предприятиях общественного питания. Внутривенные инъекции, операции, лечение у стоматолога за последние 6 месяцев отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус Температура тела 36,7°C. Склеры иктеричны, кожный покров желтушной окраски, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ЧСС – 58 уд. в мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в

правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край печени закруглен, мягко-эластичен, чувствителен. Пальпируется селезенка. Кал ахоличен. Моча темная.

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

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

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

К клиническим вариантам гепатита А относят **безжелтушный, стертый**

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

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

При легкой форме вирусного гепатита А проводят **базисную** терапию

При среднетяжелой форме вирусного гепатита А проводят **инфузионную, дезинтоксикационную**

При лечении тяжелой формы гепатита А применяют **антибиотик широкого спектра действия**

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

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

Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью **проведения вакцинации**

Задача 39

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 шигеллезозов относится к группе: **фторхинолонов**
9. Этиотропное лечение шигеллезозов 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 40

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 коагуликации (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 41

Пациентка 46 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу на 2-й день болезни 20.08.17г

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, тушёнка), кондитерские изделия, употребляла алкоголь.

Анамнез жизни - Заболела утром, остро с появления тошноты, болей в эпигастриальной 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 42

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: неотягощен. ° Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Гинекологический анамнез неотягощен. - 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 вялая, 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 инфекцией 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. Изоляция больных с легкими формами ротавирусной инфекцией проводится в течение — дней: **7**

11. В случае установленного у вирусоносительства (выделение вируса без клинических проявлений), лица из числа декретированных групп не допускаются к основной работе в течение : **7 дней**

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

Задача 43

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 у заболевания можно поставить больной на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования? : **дивертикулез ободочной кишки**
4. Инструментальное у 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 44

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 нитроглицерина 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 45

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. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. В последующем боли в правом подреберье возникали при пищевых погрешностях и эмоциональных нагрузках, купировались мезимом форте и дротаверином. Последнее УЗИ органов брюшной полости выполнялось полгода назад по программе диспансеризации.

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 и 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 и 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 х желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу назначают: **миогенные спазмолитики**

9. При усилении х 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**

Задача 46

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. Сенсибилизация 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. Мониторирование пиковой скорости выдоха проводится: **ежедневно 2 раза в сутки**
6. Уменьшение объема поддерживающей терапии при достижении контроля симптомов заболевания после начала терапии может быть проведено через (в месяцах) : **3**
7. Для устранения симптомов в режиме «по требованию» следует назначить : **коротко действующий бета-2-агонист**
8. Пациентке показано проведение вакцинации против: **гриппа**
9. Пациентка относится к группе состояния здоровья : **3а**
10. Кратность посещения врача- терапевта в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет _ раз/раза в год : **4**
11. Кратность посещения врача- пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет раз/раза в год : **2**
12. Кратность посещения врача- аллерголога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет раз/раза в год: **2**

Задача 47

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, herpes labialis. Дыхание поверхностное, ЧДД — 18 в минуту. При осмотре грудной клетки определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в правой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в правой надключичной области, в | 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, пульсоксометрия**

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 : **амоксциллин**

6. Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах) : **48-72**

7. Главным критерием окончания антибактериальной терапии является : **стойкая нормализация температуры в течение 3 суток**

8. Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях) : **3-4**

9. Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют (в днях) : **20-21**

10. Диспансерное наблюдение после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение (в месяцах) : **12**

11. Кратность осмотра врачом- 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**

Задача 48

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

Анамнез жизни - 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.

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 лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка правильной формы, при перкуссии лёгких - легочный звук, при аускультации — жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие базовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС * 78 в минуту, АД —120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края 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, пульсоксиметрия**

3. В данной клинической у 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 х проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и : **гриппа**
10. Кратность ежегодного у посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного хроническим бронхитом с обострениями заболевания более 3 раз в год составляет _ раз/раза : **2**
11. Лабораторные у исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают клинический анализ крови и : **общий анализ мокроты**
12. Инструментальные х исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают спирометрию И: **рентгенографию органов грудной клетки**

Задача 49

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

Заболевания

рос и развивался нормально, - Работает маляром-штукатуром, - 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 mMBC = 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 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**

Задача 50

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 неотягощены. ° Вредные привычки: курит с 18—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 бромид 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°С. 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 хрипы 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 mMRC 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 (mMRC 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 и инструментальное обследование для оценки сопутствующей патологии включает ЭКГ и : **эхокардиографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий**
6. Для лечения обострения и заболевания следует назначить : **небулайзерную терапию короткодействующими бронходилататорами, антибиотики, муколитики**
7. Для базисной и фармакотерапии ХОБЛ следует назначить комбинацию : **длительно действующего антихолинэргетика 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 мазков**
12. Инструментальные и исследования при диспансерном наблюдении по основному заболеванию включают спирометрию и: **рентгенографию органов грудной клетки, пульсоксиметрию**

Задача 51

Больная Т. 31 года обратилась в поликлинику к терапевту по месту жительства

Жалобы на слабость, снижение работоспособности, ночную потливость, сердцебиение, округлые образования на шее, в подмышечных областях, левом и правом паху, отечность нижней конечности справа, ежедневные подъемы температуры до 37, 4 С, кашель с отделением слизистой мокроты.

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

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

сердцебиение. Последнюю неделю до обращения появился кашель с отделением светлой мокроты.

Объективный

статус

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

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) : **клинический анализ крови, биохимический анализ крови**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) : **биопсия лимфоузла с последующим его морфологическим и иммуногистохимическим исследованием, КТ органов грудной и брюшной полости, трепанобиопсия**
3. Какой основной диагноз? **Неходжкинская лимфома**
4. У больной стадия заболевания : **4**
5. Больную для дообследования и лечения следует направить к : **гематологу**
6. Тактика ведения данной х больной включает применение : **полихимиотерапии**
7. В комбинации с цитостатиками при лечении лимфом используют : **преднизолон**
8. К частым побочным эффектам глюкокортикоидов относят: **синдром Кушинга, стероидную язву**
9. Синдром иммунодефицита при лимфомах чаще всего проявляется развитием : **пневмонии**
10. При необходимости стационарного лечения больная должна быть госпитализирована в отделение : **гематологии**
11. Длительность лечения х данной больной для достижения стойкой ремиссии заболевания должна составить не менее _ месяца/ месяцев : **12**
12. Для коррекции анемии при лимфопролиферативных заболеваниях (лимфомах) можно использовать: **эритроцитотрансфузии**

Задача 52

Больная С. 35 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

Жалобы на повышение температуры тела до 37,5°C, боль в горле, затруднение носового дыхания

Анамнез Заболевания ' Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. ' Аллергоанамнез: неотягощен. - Эпиданамнез: больная в течение трех месяцев имеет полового партнера — безработного, ранее длительно употреблявшего наркотики,

Анамнез жизни ' Заболела остро 2 недели назад, когда появились повышение температуры тела до 37,7°C, боли в горле, заложенность носа. Самостоятельно лечилась народными средствами, но без выраженного эффекта. ° Обратилась в поликлинику. При осмотре врач обратила внимание на увеличение лимфатических узлов, гиперемии задней стенки глотки, затруднение носового дыхания, увеличение печени при пальпации. Назначено лабораторное обследование. ' Через неделю больная вновь пришла на прием: самочувствие без улучшения, температура тела не снижалась, боль в горле, затруднение носового дыхания сохранялись.

Объективный статус ' Температура тела 37,5°C. ' Кожный покров физиологической окраски, сыпи нет. Склеры неинъецированы. ' Пальпируются затылочные, заднешейные, подмышечные, локтевые лимфатические узлы до 1,5 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. ' В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин. - Тоны сердца ясные, ЧСС, 68 уд. в мин, АД — 100/70 мм рт.ст. - Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, миндалины гипертрофированы до 2 степени, наложений на миндалины нет, ° Язык влажный, обложен белым налетом. ' Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. - Печень выступает из—под края реберной дуги на 2,0 см, край печени чувствителен. Пальпируется селезенка. ' Кал обычной окраски. Мочеиспускание свободное, безболезненное - Менингеальных, очаговых явлений нет.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) : **клинический анализ крови, реакция Коффа-Бауэра, иммунный блоттинг**
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования : **УЗИ органов брюшной полости**
3. Какой основной диагноз? **Острая ВИЧ-инфекция, стадия 2Б: мононуклеозоподобный синдром**
4. Дифференциальную у диагностику острой ВИЧ- инфекции следует проводить с : **инфекционным мононуклеозом, краснухой, аденовирусной инфекцией**
5. Антитела к ВИЧ после инфицирования появляются в течение : **3-6 месяцев**
6. Значимым лабораторным критерием оценки прогрессирования ВИЧ- инфекции является : **уровень CD-4 лимфоцитов и вируса в крови**
7. Критериями для начала антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции могут быть : **уровень CD-4 лимфоцитов, концентрация вируса в крови, клиническое течение болезни**

8. Для этиотропной терапии у ВИЧ-инфекции применяют : **зидовудин**
9. Для антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции используют: **ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ**
10. К оппортунистическим у заболеваниям при ВИЧ- инфекции относят: **пневмоцистную пневмонию**
11. С целью выявления ВИЧ- у инфекции для скринингового обследования используют : **иммуноферментный анализ**
12. Для предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией при попадании крови или других биологических жидкостей на кожный покров это место обрабатывают: **70% спиртом**

Задача 53

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. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) : **общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический 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**

Задача 54

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°С, рост 182, вес 74 кг, ИМТ — 22,3 кг/м². Кожные покровы чистые, ОБЫЧНОЙ окраски. В ЛЕГКИХ дыхание везикулярног, 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. Выберите необходимые 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 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 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 внутричерепных аневризм при поликистозной болезни почек необходимо проводить **пациентам с отягощенным по аневризмам семейным анамнезом**
9. Для лечения артериальной гипертензии при поликистозной болезни почек патогенетически обоснованным выбором является применение **ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА)**
10. Тактика ведения больных поликистозной болезнью почек при частых или хронических болях в проекции почек включает **применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов**
11. Оптимальным методом лечения терминальной почечной недостаточности при поликистозной болезни почек является **трансплантация почки**
12. У больных с поликистозной 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**

Задача 55

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

- **общий анализ крови**
- **общий анализ мочи**
- **биохимический анализ крови**

2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

- **ультразвуковое исследование почек**

3. Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

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

4. Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является

- **Подагра с поражением суставов (острый подагрический артрит), почек (уратный нефролитиаз)**

5. Показаниями к госпитализации при подагре являются

- развитие анурии, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ подагрического артрита

6. Тактика ведения данного больного включает

- ведение в амбулаторных условиях

7. Общие немедикаментозные принципы лечения подагры с поражением почек заключаются в соблюдении

- низкопуриновой диеты и питьевого режима, предупреждении факторов, провоцирующих приступы подагры

8. Основными направлениями фармакотерапии уратной нефропатии при подагре являются

- угнетение синтеза мочевой кислоты, увеличение экскреции мочевой кислоты, химический распад мочекислых соединений

9. Показаниями для назначения урикостатилов (аллопуринол, фебуксостат) являются

- персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрической артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией

10. Препаратами первой линии для лечения острого приступа подагрического артрита являются

- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и колхицин

11. Оптимальными для кристаллизации солей мочевой кислоты являются значения

- pH мочи -5,0-6,0

12. Больному подагрой с мочекаменной болезнью необходимо ограничение

- продуктов, богатых пуринами (мясные бульоны, консервы, мясо молодых животных, субпродукты, колбаса, сосиски, рыбные консервы, копченая рыба, жареная рыба, креветки, бобовые, грибы, орехи, горячий шоколад, крепкий кофе, какао и алкоголь)

Задача 56

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 неотягощена; - 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. Инструментальные методы обследования: **УЗИ почек**

3. Ведущим нефрологическим синдромом у данного больного является: **мочевой**

4. Наиболее вероятным диагнозом является : **Хронический гломерулонефрит гематурического типа**

5. Дифференциальную диагностику IgA нефропатии следует проводить с **другими формами хронического гломерулонефрита (ХГН), протекающими с гематурией, наследственными нефропатиями**

6. Показаниями к госпитализации при гематурическом гломерулонефрите являются **персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность**

7. Тактика ведения данного больного подразумевает ведение пациента в **амбулаторных условиях**

8. Общими немедикаментозными принципами лечения IgA-нефропатии являются **санация очагов инфекции, устранение факторов, провоцирующих обострение заболевания**

9. Нефропротективная терапия, рекомендуемая больным IgA нефропатией включает **ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина**

10. Риск прогрессирования нефропатии у данного больного можно оценить как **умеренный**

11. Показаниями для иммуносупрессивной терапии при IgA-нефропатии являются **нарастание ПУ >1 г/с, несмотря на нефропротективную терапию в течение 6 мес, присоединение артериальной гипертензии и/или нарушение функции почек**

12. Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при IgA нефропатии являются **ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия**

Задача 57

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 неотягощена * 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, субфебрилитет

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

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

- **общий анализ крови**

- **определение антинуклеарного фактора (АНФ) и/или антител к двуспиральной ДНК (анти-ДНК)**

- **общий анализ мочи**

- **биохимический анализ крови**

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

ультразвуковое исследование почек

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

остронефритический

4) Наиболее вероятным диагнозом является

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

5) Дифференциальную диагностику волчаночного нефрита следует проводить с

хроническим гломерулонефритом

6) Показаниями к экстренной госпитализации больных СКВ с поражением почек являются **нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, системная активность**

7) Тактика ведения данной больной подразумевает

госпитализацию в нефрологический стационар

8) Общими немедикаментозными принципами лечения СКВ с поражением почек являются

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

9) Всем больным СКВ с поражением почек рекомендовано назначение

гидроксихлорохина

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

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

12) Инициальная терапия волчаночного нефрита имеет цель

остановить развитие повреждения в почках, восстановить функцию почек и индуцировать ремиссию

Задача 58

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 отивин, 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 стенок 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**

Задача 59

Больной 36 лет, инженер, обратился в поликлинику

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

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 гипертензия, тяжелый отечный синдром

7. Тактика ведения данного пациента включает

госпитализацию в нефрологический стационар

8. Общие немедикаментозные принципы ведения больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек включают

соблюдение диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости, животных жиров, умеренным ограничением потребления белка

9. Показаниями к проведению биопсии почки являются

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

10. Причинами развития нефротического синдрома могут явиться

первичный и вторичный хронический гломерулонефрит (ХГН), амилоидоз почек, диабетическая нефропатия, острый гломерулонефрит, тромбоз сосудов почек, паранеопластический ХГН

11. Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием

инфекций, тромбозов

12. О наличии хронической почечной недостаточности (ХПН) у пациента с впервые выявленным высоким уровнем креатинина сыворотки крови могут свидетельствовать

неровный контур, уменьшение размеров и толщины паренхимы почек при УЗИ; наличие других проявлений хронической почечной недостаточности (артериальной гипертензии, анемии, повышения уровня фосфора, паратгормона, калия крови)

Задача 60

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 имуноглобулина 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**

Задача 61

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)**

Задача 62

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 гипертензия, 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 гипертензии 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

быстропрогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

12) Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при остром гломерулонефрите являются

прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия

Задача 63

Больная 37 лет, менеджер, обратилась в поликлинику

Жалобы на появление мочи вида «мясных помоев», уменьшение количества мочи, отеки лица, кистей рук, ног, повышение АД до 160/90 мм рт. ст., головные боли.

Анамнез заболевания Через 4 недели после перенесенного острого рожистого воспаления левой голени (проводилась антибактериальная терапия в условиях инфекционного отделения, достигнут положительный эффект) появились отеки на лице и лодыжках, моча вида «мясных помоев», уменьшилось количество мочи (до 500 мл/сут), зарегистрировано повышение АД до 160/90 мм рт. ст.

Анамнез жизни · Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с частыми обострениями (лечение – самостоятельное). · Наследственность не отягощена. · Гинекологический анамнез: беременность – 1, роды – 1 (без осложнений, анализы мочи – норма, АД - норма). · Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет эпизодически (реже 1 раза в месяц). · Привычное АД - 110-120/70 мм рт. ст.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 68 кг, рост 169 см. Кожные покровы бледные, на передней поверхности нижней трети левой голени явления лимфедемы, незначительная гиперемия. Параорбитальные отеки, умеренные отеки голеней, стоп. Зев чистый. Миндалины умеренно увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в мин., АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное. За прошедшие сутки выделила около 500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).

- 1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) общий анализ мочи\ анализ титра антистрептококковых антител (АСЛО) \биохимический анализ крови**
- 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования Ответ: УЗИ почек**
- 3. Ведущим синдромом у данной пациентки является Ответ: остронефритический**
- 4. Наиболее вероятным диагнозом является Ответ: Острый постстрептококковый гломерулонефрит**
- 5. Дифференциальную диагностику острого постстрептококкового гломерулонефрита следует проводить с Ответ: хроническим гломерулонефритом**
- 6. Показаниями к госпитализации при остром гломерулонефрите являются Ответ: нарушение функции почек, нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, признаки сердечной и дыхательной недостаточности**

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

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

9. Препаратами первого ряда для лечения артериальной гипертензии и отеков у пациентки с остонефритическим синдромом являются Ответ: петлевые диуретики

10. Показаниями для антибиотикотерапии являются Ответ: обнаружение высоких титров антистрептококковых антител в крови в сочетании с положительными результатами посева из зева или кожи

11. Показаниями для иммуносупрессивной терапии являются Ответ: быстропрогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

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

Задача 64

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 гипертензия (АГ), сахарный диабет 2 типа. Тетя по материнской линии (60 лет) — кисты в почках, АГ. У пациентки — сын 5 лет, УЗИ почек не делали, - Вредные привычки: курит более 5 лет (1/2 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 Обоснование биохимический анализ крови
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования ультразвуковое исследование почек
3. Наиболее вероятным диагнозом является Поликистозная болезнь почек
4. Ультразвуковым критерием поликистозной болезни почек (ПБП) у 35-летней пациентки является обнаружение ≥ 2 кист в каждой почке
5. У данной больной стадия хронической болезни почек (ХБП) по уровню фильтрации соответствует ХБП-С2
6. Внепочечные проявления поликистозной болезни почек включают кисты в других органах (печень, селезенка, яичники и др.), сосудистые аневризмы различной локализации, аномалии клапанов сердца, дивертикулы кишечника, паховые и пупочные грыжи, бронхэктазы
7. Необследованным кровным родственникам пациента с поликистозной болезнью почек в первую очередь нужно провести ультразвуковое обследование почек
8. Скрининг на наличие внутричерепных аневризм необходимо проводить больным с поликистозной болезнью почек с нетипичной головной болью, с предыдущей историей разрыва аневризм, с семейными случаями аневризм
9. Первоочередными при выборе антигипертензивной терапии у больных поликистозной болезнью почек являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина
10. Тактика ведения больных поликистозной болезнью почек при частых или хронических болях в проекции почек включает в себя применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов, при резистентных болях – хирургическое лечение
11. Хирургические методы лечения кист применяются при сдавлении кистами соседних органов, нарушении оттока мочи; наличии резистентных к анальгетикам болей; развитии кровотечения, угрозе разрыва, нагноении, малигнизации кисты
12. При подозрении на инфицирование кист(ы) препаратами выбора являются фторхинолоны, триметоприм, клиндамицин

Задача 65

Пациент 59 лет, агроном, обратился в поликлинику

Жалобы

На слабость, быструю утомляемость, отсутствие аппетита, обильное мочеотделение, преимущественно в ночное время.

Анамнез заболевания

Около 20 лет страдает подагрой с ежегодными рецидивами артрита первого плюснефалангового сустава правой стопы, по поводу чего самостоятельно принимал НПВП (индометацин) с эффектом. Низкопуриновую диету не соблюдал, аллопуринол принимал эпизодически. Более 5 лет – артериальная гипертензия (АГ) с подъёмами 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

Задача 66

Больная 21 года, студентка, обратилась в поликлинику. **Жалобы** На появление отеков голеней и стоп, боли в суставах кистей, выпадение волос, повышение температуры тела до 37,5 С, покраснение в области носа и щек, слабость **Анамнез заболевания** В июле впервые отдыхала на море в Турции, уже в конце отдыха появились эритематозные высыпания в области спинки носа и щек, по типу «бабочки», отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: увеличились отеки, появились артралгии мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет, стали выпадать волосы.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: отрицает Наследственность 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 мочево-й синдром**

11.Показаниями для назначения иммуносупрессивной терапии при СКВ с поражением почек являются **остронефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, нефротический синдром**

12.Таргетная терапия ритуксимабом при СКВ с поражением почек оправдана при **отсутствии ответа более чем на один режим стандартной иммуносупрессивной терапии**

Задача 67

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

Задача 68

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 кесаревого сечения без осложнений. В последующем сохранялась протеинурия до 1 г/л и эритроцитурия до 10 в поле зрения, АД контролировала приемом эналаприла в дозе 5 мг/сут, уровень креатинина сыворотки не определяла. С 40 летнего возраста появилась никтурия, полиурия, усилилась АГ, что потребовало дополнительного приема препарата дилтиазем в дозе 90 мг/сут, выявлено умеренное увеличение креатинина сыворотки крови – 140 мкмоль/л. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-х месяцев – появились слабость, быстрая утомляемость, отеки лица, лодыжек и стоп.

Анамнез жизни Перенесенные заболевания и операции: с 7-летнего возраста хронический тонзиллит, с 12 лет ХГН гематурического типа, в возрасте 22 лет тонзилэктомия. Наследственность не отягощена Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 72 кг, рост 165 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 80 в мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени - у края реберной дуги. Пастозность лица, нижних конечностей (голени и стопы). За сутки выделила около 2,5 л мочи (выпила 2,8 л жидкости).

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

- биохимический анализ крови
- общий анализ крови
- общий анализ мочи

2) В качестве скринингового инструментального метода обследования пациентке необходимо выполнить

ультразвуковое исследование (УЗИ) почек

3) Наиболее вероятным диагнозом является

- Хронический гломерулонефрит гематурического типа с нарушением функции почек, хроническая почечная недостаточность

4) Ведущими осложнениями хронической почечной недостаточности (ХПН) являются

- артериальная гипертония, анемия, гиперкалиемия, вторичный гиперпаратиреоз

5) Дифференциальную диагностику хронической почечной недостаточности (ХПН) необходимо проводить с

с острой почечной недостаточностью

6) Стадия хронической болезни почек (ХБП) у данной больной соответствует ХБП-С4

7) Признаками гиперкалиемии на ЭКГ являются
повышенный зубец Т, расширение комплекса QRS, удлинение интервала P-R

8) Показаниями к началу терапии диализом у больных с ХПН являются

- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия свыше 6,5 ммоль/л, анурия более 24 часов, угрожающая жизни гипергидратация

9) Общие принципы немедикаментозного лечения пациентки с додиализной стадией ХПН заключаются в

диете с ограничением в рационе суточной квоты белка, поваренной соли, продуктов, богатых калием, фосфором, адекватном потреблении жидкости

10) Для коррекции гиперкалиемии у данной пациентки необходимо

ограничить прием продуктов, богатых калием; отменить и-АПФ; назначить фуросемид

11) Основными препаратами, используемыми для лечения анемии у больных с ХПН являются

препараты железа и эритропоэтины

12) Данной больной проведение пункционной биопсии почки не показано по причине выявления

хронической почечной недостаточности (ХБП С4)

Задача 69

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, познабливание

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**

Задача 70

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 амоксиклава развилась крапивница. Более 5 лет отмечается повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.), принимает ренитек 20мг/сут, рабочее АД на его фоне - 130/80 мм рт. ст.).

Указанные жалобы появились 2 дня назад после посещения бассейна. Начала прием канефрона без четкого положительного эффекта.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: Хронический бронхит
- Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет по материнской линии (мать, бабушка).
- Гинекологический анамнез: в 23 года – аднексит. Беременность – 2, роды – 1, аборт -1. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом.
- Аллергоанамнез: крапивница на прием амоксиклава
- 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

Задача 71

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 месяц – 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, 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

С1-3а

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

Задача 72

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**

Задача 73

Больная 23 лет, пианистка, обратилась в поликлинику по месту жительства

Жалобы на ноющие, тянущие боли в пояснице справа, появляющиеся в конце дня или после тяжелой физической нагрузки.

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

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

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. 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

Задача 74

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 65 лет

Жалобы на периодические подъемы АД (по результатам самостоятельного измерения) до 175/100 мм рт. ст. в течение последних 2 месяцев на фоне постоянной антигипертензивной терапии, сопровождающиеся головной болью, головокружением, шумом в ушах. на общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке.

Анамнез заболевания В 36 лет во время второй беременности была нефропатия (повышение АД до 140 145/90 мм рт. ст., отеки нижних конечностей). Лечение не проводилось. С 45 лет эпизодически стало повышаться АД до 140/90 мм рт. ст. Максимальное АД - 180/100 мм рт. ст. В 2014 г. в связи с частыми подъемами АД начала принимать лозартан в дозе 50 мг/сут. В последние годы лечилась нерегулярно. 2 месяца назад вновь стала отмечать появление головной боли и подъемы АД при перемене погоды, стрессах, при которых ситуационно принимала валокордин, валидол, анальгетики без выраженного эффекта. Постоянно у врача не наблюдается, госпитализаций не было. Кроме того, отметила увеличение массы тела за последние 3 года.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работала бухгалтером, в настоящее время - пенсионерка. Перенесённые заболевания: хронический гастрит вне обострения. Беременности – 2, роды – 2. Наследственность: мать – гипертоническая болезнь, умерла от инсульта. Отец - страдал ИБС, перенес 2 острых инфаркта миокарда. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: нет. Диету с ограничением поваренной соли, углеводов, животных жиров не соблюдает.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Абдоминальное ожирение (окружность талии - 95 см), вес - 95 кг, рост – 165 см. Индекс массы тела (ИМТ) =34,89 кг/м², Т тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечается пастозность голеней. Больная эмоционально лабильна. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД - 170/100 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования биохимический анализ крови, липидный спектр
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3) электрокардиография, суточноемониторирование АД, ЭХО
3. Какой предполагаемый основной диагноз? Артериальная гипертония (АГ) II стадии, 2 степени. Риск высокий.
4. Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки? дислипидемия; ожирение I степени
5. Критерием постановки диагноза АГ являются уровни САД (мм рт. ст.) ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90
6. Критериями 2-й степени АГ являются повышение САД и ДАД в диапазонах (мм рт. ст.) САД: 160-179, ДАД: 100-109
7. Критериями 3-й степени АГ являются повышение САД (мм рт. ст.) ≥ 180 и/или ДАД ≥ 110
8. II-я стадия АГ определяется наличием одного или более признаков поражения «органов-мишеней»
9. К признакам гипертрофии левого желудочка сердца на ЭКГ относят индекс Соколова-Лайона ____ мм > 35

10. Препаратами выбора для лечения АГ с ГЛЖ являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ); дигидропиридиновые антагонисты кальция; блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)
11. Немедикаментозные методы лечения АГ включают нормализацию массы тела (индекса массы тела, ИМТ) < 25 кг/м²
12. Диагноз ожирения 1-й степени ставится на основании ИМТ 30,0-34,9 кг/м²

Задача 75

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

- Рост 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.

Анамнез

жизни

Заболел внезапно, 3 дня назад. Отметил ощущение недомогания, появился кашель (вначале сухой, затем — с выделением скудной мокроты)

1 Из лабораторных исследований необходимо выполнить

- 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 неутончённой этиологии

4 Для оценки тяжести пневмонии в амбулаторных условиях можно использовать шкалу

- CURB\CRB-65

5 Дифференциальную диагностику пневмонии следует проводить с

- Туберкулёзом лёгких

6 Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии нетяжелого течения являются

- Аминопенициллины

7 Тактика ведения данного больного включает

- Амбулаторное лечение с динамическим наблюдением

8 Симптоматическая терапия неосложнённой бактериальной пневмонии включает назначение

- Отхаркивающих и жаропонижающих препаратов

9 Критерием эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмонией является

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

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

- Госпитализировать пациента в стационар

11 Длительность АБ терапии при пневмонии в среднем составляет

- 7 дней

12 Показанием для проведения КТ органов грудной клетки при пневмонии является

- Подозрение на рак лёгкого, туберкулёз лёгких

Задача 76

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

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

Анамнез жизни

Около 10 дней назад после контакта с больным ОРВИ ребенком отметил повышение температуры тела до 38С, насморк, непродуктивный кашель, першение в горле. Лечился, принимая ингавирин и назальный спрей. Состояние больного не улучшилось - через 3 дня отметил повышение температуры тела до 38,5С, при кашле стала выделяться мокрота желто-зеленого цвета. Пациент был осмотрен врачом, был диагностирован «острый трахеобронхит»

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 правой боковой проекциях

3 Основным диагнозом является

- Внебольничная бактериальная пневмония в нижней доле правого лёгкого неуточнённой этиологии

4 Дифференциальный диагноз следует проводить с

- Туберкулёзом лёгких

5 Сочетанная патология, развившаяся у пациента

- Аллергическая реакция на приём АБ

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

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

7 Пациенту необходима дополнительная терапия в виде

- Противоаллергической терапии антигистаминным препаратом

8 Симптоматическая терапия неосложнённой пневмонии включает назначение

- Отхаркивающих препаратов

9 Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является

- *Streptococcus pneumoniae*

10 Признаком пневмонии тяжелого течения является

- Выраженная гипотония

11 Длительность АБ терапии при пневмонии составляет

- В среднем 7-10 дней

12 Критерием тяжести пневмонии является

- Снижение сатурации крови менее 90%

Задача 77

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

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

Анамнез жизни

Заболела внезапно после переохлаждения, 4 дня назад. Стал беспокоить непродуктивный кашель, повысилась температура тела до 38°C.

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

- Левофлоксацин+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

Задача 78

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

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.

Анамнез жизни

Заболевание началось остро, 5 дней назад. Появился кашель, вначале сухой, затем — с выделением мокроты желтого цвета, повысилась температура до 39°C.

1 Из лабораторных исследований необходимо выполнить

- 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

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+цифтриаксон

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

Задача 79

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

- 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.

Анамнез жизни

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.

1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования, учитывая день болезни пациента (выб 2)

- ПЦР-диагностика (отделяемого из ротоглотки и слизистой глаз)
- Иммуноферментный анализ мазка отпечатка из полости носа и ротоглотки

2 Какой основной диагноз

- Аденовирусная инфекция средней степени тяжести

3 Для диареи при аденовирусной инфекции характерными симптомами являются

- Кашецеобразный стул без примеси 1-3 раза в день

4 Осложнением аденовирусной инфекции является

- Евстахиит

5 Дифференц диагностику аденовирусной инфекции в начальном периоде заболевания проводят с

- Гриппом

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 кератоконъюнктивита при аденовирусной инфекции применяют инстилляцию глазных капель

- Интерферона альфа

11 Неспецифической профилактической мерой при аденовирусной инфекции служит

- Промывание носа изотоническим раствором

12 Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции является

- Умифеновир, интерферон альфа интраназальный

Задача 80

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

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

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

2) ОАК, биохимический

3) Аденовирусная инфекция (фарингоконъюнктивальная лихорадка), средней степени тяжести

4) тошнота, секреторная диарея

5) пневмония

6) инфекционный мононуклеоз, скарлатина, парагрипп

7) пневмонии

8) умифеновир

9) НПВС

10) интерферон альфа (глазные капли)

11) при присоединении вторичной инфекции

12) умифеновир, интерферон альфа интраназальный

Задача 81

26.12.2017г. 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

- 1) ПЦР, выявление антигенов в смывах из носо- и ротоглотки (ИФА, ИФМ)
- 2) Грипп, типичное течение, средней степени тяжести
- 3) Геморрагическая сыпь
- 4) Респираторный дистресс-синдром
- 5) Менингококковой инфекцией, ГЛПС, парагриппом
- 6) Одышка, боль в груди
- 7) Умифеновир, осельтамивир
- 8) Респираторную поддержку
- 9) При присоединении вторичной инфекции
- 10) Осельтамивир, умифеновир
- 11) 1 месяц до начала сезонного подъема заболеваемости
- 12) Промывание носа изотоническими растворами

Задача 82

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

Жалобы на головную боль, вялость, озноб, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38, серозное отделяемое из носовых ходов, боль в горле

- 1) ПЦР, иммунофлуоресцентный метод мазков-отпечатков
- 2) Ларинготрахеит парагриппозной этиологии, типичное течение, средней степени тяжести
- 3) Стенозирующий ларингит
- 4) Вторичная бактериальная пневмония
- 5) Аллергическим ларинготрахеитом, дифтерией гортани, заглоточным абсцессом
- 6) Госпитализация в инфекционное отделение
- 7) Стеноз гортани II-III степени
- 8) Умифеновир
- 9) Симптоматическая
- 10) При присоединении вторичной инфекции
- 11) Интерферон-альфа
- 12) Умифеновир

Задача 83

23.10.2017г. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациенту 67 лет на 2-ой день болезни.

Жалобы на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 40,1, озноб, головную боль в лобно-височных областях

- 1) ПЦР, выявление антигенов в смывах из носо- и ротоглотки (ИФА, ИФМ)
- 2) Рентгенография органов грудной клетки
- 3) Грипп, тяжелое течение. Осложнение: респираторный дистресс-синдром, инфекционно-токсический шок II ст.
- 4) Быстро нарастающую одышку с кровянистой мокротой
- 5) Острый респираторный дистресс-синдром
- 6) Менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом
- 7) Геморрагической сыпи, одышки
- 8) Осельтамивир, умифеновир
- 9) Респираторную поддержку
- 10) При присоединении вторичной инфекции
- 11) Умифеновир и осельтамивир
- 12) 1 месяц до начала сезонного подъема заболеваемости

Задача 84

25.10.2017г. на прием к участковому врачу пришел пациент 62-х лет на 3-ий день болезни.

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

- 1) ПЦР – диагностика респираторно-вирусных инфекций, выявление антигенов вирусов эпителии ротоглотки методом ИФА, РИФ
- 2) Респираторно-синцитиальная инфекция, назофарингит, легкой степени тяжести
- 3) Бронхита, бронхиолита
- 4) Нарастающая одышка, акроцианоз
- 5) Отит
- 6) Менингококковым назофарингитом, аденовирусной инфекцией, парагриппом
- 7) Одышка с болями в грудной клетке
- 8) Сосудосуживающих препаратов интраназально
- 9) При присоединении вторичной инфекции
- 10) Симптоматическая
- 11) Умифеновир
- 12) Промывание носа изотоническими растворами

Задача 85

13.10.2017г. на прием к участковому врачу прибыл пациент 25 лет на 3-й день болезни.

Жалобы на повышение температуры до 37,3, общую слабость, чувство познабливания, затруднения носового дыхания, чихание

- 1) ПЦР, реакция иммунофлуоресценции с отделяемым из носоглотки
- 2) Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести
- 3) Боли и чувство распирания в области околоносовых пазух

- 4) Гайморит
- 5) Аденовирусной инфекцией, гриппом, РС-инфекцией
- 6) Амбулаторное лечение
- 7) Развитии гайморита
- 8) Применение сосудосуживающих препаратов интраназально
- 9) Умифеновира
- 10) Изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- 11) Умифеновир
- 12) Промывание носа изотоническим раствором

Задача 86. Больной Б. 65 лет обратился к участковому врачу-терапевту по месту жительства

Жалобы изжогу после приема пищи на икоту, не связанную с приемом пищи периодически возникающее вздутие живота

Анамнез заболевания Со слов больного, в 33 года внезапно появилась изжога, которая продолжалась 2 часа и самостоятельно прекратилась. В дальнейшем приступы изжоги повторялись и самостоятельно купировались.

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

- биохимический анализ крови
- кал на скрытую кровь
- клинический анализ крови

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

- ЭКГ
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

3. Какой основной диагноз?

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастрит. Дуоденит.

4. Рекомендации по изменению образа жизни для пациента включают

- избегать переедания, не ложиться после приема пищи, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна

5. В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём

- ингибиторов протонной помпы

6. В качестве вспомогательных средств фармакотерапии рекомендован приём

- прокинетиков, альгинатов, антацидов

7.В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём ингибиторов протонной помпы в течение

- 4 недель

8. Доза рабепрозола для данного пациента, в отсутствие эрозивного поражения пищевода, составляет

- 10 мг 1 раз/раза в день

9.Пациенту ИПП рекомендовано принимать

- за 30 мин до еды

10.К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

- итоприд

11.Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения основного заболевания составляет

- 2 раза/раз в год

12.Пациент относится к

- Шб группе состояния здоровья

Задача 87. Больная Т. 42 лет обратилась к терапевту

- Жалобы выраженный дискомфорт в эпигастральной области; чувство тяжести и ощущение переполнения после приема пищи; горечь во рту, усиливающуюся после еды; отрыжка воздухом вне зависимости от приема пищи; изжога 3–4 раза в неделю.
- Анамнез заболевания Диагноз «ревматоидный артрит» впервые был поставлен 9 лет назад. В настоящее время принимает метипред 8 мг/сут, сульфасалазин 2 г/сут

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

- клинический анализ крови
- биохимический анализ крови
- кал на скрытую кровь

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

- ЭКГ
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

3. Какой основной диагноз?

- НПВП-гастропатия с поражением антрального отдела, *H. pylori* (+). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, катаральный эзофагит

4. В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём

- ингибиторов протонной помпы

5. В качестве альтернативной терапии могут быть рекомендованы

- аналоги простагландина E1

6. В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём ингибиторов протонной помпы в течение

- 8___ недель

7. Доза омепразола для данного пациента составляет

- 40 мг 1 раз в день

8. Пациенту омепразол рекомендовано принимать

- за 30 мин до еды

9. Схема эрадикационной терапии, рекомендованная больной, включает

- омепразол, кларитромицин, амоксициллин

10. Наименьший риск осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта показан на фоне приема

- целекоксиба

11. Для профилактики НПВП-гастропатии у пациентов высокого риска назначают

- ингибиторы циклооксигеназы 2 типа в комбинации с ингибиторами протонной помпы

12. Пациент относится к

- III группе состояния здоровья

Задача 88. 13.10.2017г. к участковому врачу терапевту в поликлинике обратился пациент 22-х лет на 2-ой день болезни.

- Жалобы на заложенность носа, чиханье, слизистые и водянистые выделения из носа, покашливание и першение в горле, слезотечение.
- Анамнез заболевания Заболел остро с появления познабливания и чувства тяжести в голове, слабости, повышения температуры тела до 37,2°C, одновременно присоединилось заложенность носа, чиханье, обильные слизистые и водянистые выделения из носа, охриплость голоса

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

- ПЦР – диагностика

- реакция иммунофлюоресценции с отделяемым из носоглотки

2. Какой основной диагноз?

- Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести

3. Симптомами неосложненной риновирусной инфекции являются

- ринорея, осиплость голоса, сухой кашель

4. Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является

- острый синусит

5. Дифференциальную диагностику риновирусной инфекции в начальный период проводят с

- гриппом, аденовирусной инфекцией, парагриппом

6. Показанием к госпитализации при риновирусной инфекции является наличие

- распирающей боли в области лобных, гайморовых пазух, повышение температуры выше 39 °С

7. Срок изоляции больного с риновирусной инфекцией составляет

- 5-6 дней

8. Патогенетическое лечение риновирусной инфекции легкого течения включает

- санацию верхних дыхательных путей (носовых ходов)

9. Применение антибиотиков при риновирусной инфекции показано

- при присоединении вторичной инфекции

10. Химиопрепаратами, применяемые для профилактики риновирусной инфекции, являются

- умифеновир, интерферон альфа интраназальный

11. Профилактические меры при риновирусной инфекции включают

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений

12. Неспецифической профилактической мерой при риновирусной инфекции служит

- промывание носа изотоническим раствором

Задача 89. 20.10.2017г. участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 20-ти лет на 4-ый день болезни.

- Жалобы на повышение температуры тела, «ломоту» во всем теле, боли в горле при глотании, редкий кашель, заложенность носа, слезотечение, жжение, ощущение песка в глазах, снижение аппетита, дискомфорт в животе, послабление стула.
- Анамнез заболевания Ухудшение состояния с 17.10.2017г.: познабливание, повышение температуры тела до 37,3°С, заложенность носа, боли в горле при глотании, жжение, рези в области правого глаза, слезотечение.

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

- иммуноферментный анализ соскоба эпителия ротоглотки
- ПЦР - диагностика

2. Какой основной диагноз?

- Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, средней степени тяжести

3. Опорными диагностическими критериями аденовирусной инфекции являются

- воспаление слизистых оболочек ротоглотки, глаз, системное увеличение лимфатических узлов

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

- тошноту, секреторную диарею

5. Дифференциальную диагностику риновирусной инфекции в начальный период заболевания проводят с

- дифтерией ротоглотки, инфекционным мононуклеозом

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

- учащённым, кашицеобразным, без патологических примесей

7. К наиболее частым осложнениям аденовирусной инфекции относятся

- поражения придаточных пазух носа, пневмонии, ангины

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

- пневмонии

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

- умифеновир

10. Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано

- при присоединении вторичной инфекции

11. Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики риновирусной инфекции, являются

- умифеновир, интерферон альфа интраназальный

12. Неспецифической профилактической мерой при аденовирусной инфекции служит

- промывание носа изотоническим раствором

Задача 90. Участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 74 лет на 2-ой день болезни

- Жалобы на повышение температуры, озноб, сильная головная боль в лобных областях, «ломота» во всем теле, сухой кашель, першение в горле, заложенность носа.
- Анамнез заболевания заболел остро с появления озноба, мышечных болей, слабости, выраженной головной боли в лобной и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,8°C. Позже присоединилось першение в горле, заложенность носа, сухой «саднящий» за грудиной кашель

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

- ПЦР- диагностика
- иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

2) Какой основной диагноз?

- Грипп, типичное течение, средней степени тяжести

3) К симптомам тяжелого неосложненного течения гриппа относят

- геморрагическую сыпь и носовые кровотечения

4) Патогенетическим осложнением гриппа является

- острый дистресс-синдром

5) Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с

- менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом

6) Показанием к госпитализации при гриппе являются наличие

- одышки, боли в груди

7) Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

- умифеновир, осельтамивир

8) Патогенетическое лечение гриппа тяжелого течения включает

- респираторную поддержку

9) Применение антибиотиков при гриппе показано

- при присоединении вторичной инфекции

10) Химиопрепаратом, применяемый для профилактики гриппа, является

- осельтамивир

11) Вакцинопрофилактику гриппа следует начинать не менее чем за

- 1 месяц до начала сезонного подъёма заболеваемости

12) Неспецифической профилактической мерой при гриппе служит

- промывание носа изотоническим раствором

№91. Пациент 18 лет, студент, в начале учебного года обратился в студенческую поликлинику

Жалобы на общую слабость, ухудшение аппетита, тошноту, двукратную рвоту после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье, темный цвет мочи.

Анамнез заболевания пациент в течение недели амбулаторно лечился по поводу «ОРВИ» в студенческой поликлинике. Заболел остро с повышения температуры до 38,8°C, головной боли, боли в мышцах и суставах, першения в горле. На 5 день болезни температура тела нормализовалась.

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

- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- определение протромбинового индекса
- биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- геморрагического синдрома

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита А является

- снижение уровня содержания протромбина в крови

6. Возможным исходом вирусного гепатита А является

- дискинезия желчевыводящих путей

7. Врачебная тактика в данной клинической ситуации состоит в

- госпитализации в инфекционное отделение

8. Терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

- лактулозы

9. При лечении вирусного гепатита А с холестатическим синдромом используют

- урсодезоксихолевую кислоту

10. Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение лечебного стола №

- 5

11. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- вакцинацию

12. Иммунизацию сывороточным иммуноглобулином проводят

- не позже 6 дней при внутрисемейных и близких контактах

Задача №92. Больная С., 23 лет обратилась в поликлинику по месту жительства 16.09.2017г.

- Жалобы на тошноту, снижение аппетита, слабость, утомляемость, боль в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.
- Анамнез заболевания Заболела 12 дней назад, когда отметила повышение температуры тела от 37,2 до 38,5°C, появление слабости, утомляемости, тошноты, снижения аппетита, болей в крупных и мелких суставах конечностей. Лечилась дома самостоятельно от «простуды». К врачу не обращалась.

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

- определение протромбинового индекса
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- биохимический анализ крови

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3) Какой основной диагноз?

- Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести

4) Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- геморрагического синдрома

5) Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита В является

- снижение уровня содержания протромбина в крови

6) Возможным осложнением вирусного гепатита В является

- острая печеночная энцефалопатия

7) Базисной терапией острого вирусного гепатита В средне-тяжелого течения является

- дезинтоксикационная

8) Патогенетическая терапия острого вирусного гепатита В предусматривает назначение

- лактулозы

9) В случае снижения ПТИ ниже 40% при фульминантной форме острого вирусного гепатита В дополнительно показано назначение

- энтекавира

10) За лицами, перенесшими острый вирусный гепатит В, устанавливается диспансерное наблюдение в течение _____ после выписки из стационара

- 6 месяцев

11) В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом В назначают

- Вакцинацию

12) Вакцинации против вирусного гепатита В подлежат новорожденные

- в первые сутки жизни

Задача 93. 25.09.17. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациентке Н. 36 лет на 4 день болезни.

- Жалобы на отсутствие аппетита, тошноту, горечь во рту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.
- Анамнез заболевания заболела остро с появления тошноты, однократной рвоты съеденным накануне. К врачу не обращалась.
- В последующие дни тошнота сохранялась, пропал аппетит, появилась горечь во рту и ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, отмечался двукратный кашицеобразный стул.

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

- биохимический анализ крови
- Определение протромбинового индекса
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

4. При вирусном гепатите А часто развивается

- Синдром холестаза

5. При желтушной форме вирусного гепатита с холестатическим синдромом в биохимическом анализе крови отмечается развитие

- Билирубин-трансаминазной диссоциации

6. Возможным исходом вирусного гепатита А является

- Дискинезия желчевыводящих путей

7. Базисной терапией острого вирусного гепатита А лёгкого и среднетяжелого течения является

- дезинтоксикационная

8. Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение лечебного стола №

- 5

9. При ведущей роли синдрома холестаза в затяжном течении желтушного периода острого вирусного гепатита на фоне базовой терапии целесообразно использовать

- урсодезоксихолевую кислоту

10. В терапии вирусного гепатита А предусмотрено назначение

- лактулозы

11. Иммунизацию сывороточным иммуноглобулином проводят

- не позже 6 дней при внутрисемейных и близких контактах

12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- вакцинацию

Задача 94. Больной М. 30 лет обратился в поликлинику по месту жительства 13.01.2018г.

- Жалобы на слабость, вялость, общее недомогание, подташнивание, снижение аппетита, чувство «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье.
- Анамнез заболевания Заболел около 2 недель назад, когда постепенно нарастала слабость, снижалась работоспособность, которые связывал с переутомлением на работе. Слабость, общее недомогание постепенно нарастали, около недели назад понизился аппетит, 4-5 дней назад отметил появление тяжести в эпигастрии, которую объяснял обострением гастрита.

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

- определение протромбинового индекса,
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Вирусный гепатит С безжелтушная форма лёгкой степени тяжести

4. Признаком тяжелого течения острого вирусного гепатита является

- снижение протромбинового индекса ниже 50%

5. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- геморрагического синдрома

6. Наиболее вероятным исходом безжелтушной формы острого вирусного гепатита С является

- формирование хронического вирусного гепатита С

7. Возможным осложнением вирусного гепатита С является

- острая печеночная энцефалопатия

8. Базисная терапия вирусного гепатита С безжелтушной формы легкого течения включает назначение

- обильного питья до 2-3 л в сутки

9. Базисная терапия вирусного гепатита С предусматривает назначение диеты №

- 5

10. Базисная терапия вирусного гепатита С включает применение

- лактулозы

11. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом С контактными лицам проводят

- лабораторное обследование

12. С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

- беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики

Задача 95. Больной С. 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства 16.01.2017г.

- Жалобы На снижение работоспособности, чувство недомогания, повышенную утомляемость, снижение аппетита, тошноту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.
- Анамнез заболевания Заболел неделю назад с появления повышенной утомляемости, недомогания, снижения аппетита, ощущение «тяжести» в эпигастрии. Данное состояние сохранялось в течении 3-4 дней. Лечился дома самостоятельно, принимал но-шпу, мезим, соблюдал диету. К врачу не обращался.

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

- биохимический анализ крови
- определение протромбинового индекса
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Хронический вирусный гепатит В в стадии обострения, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита для всех больных с вирусным гепатитом является наличие

- геморрагического синдрома

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита В является

- снижение уровня содержания протромбина в крови

6. Возможным осложнением вирусного гепатита В является

- острая печеночная энцефалопатия

7. Базисной терапией вирусного гепатита В является

- дезинтоксикационная

8. Базисная терапия вирусного гепатита В предусматривает назначение

- основного варианта стандартной диеты

9. Базисная терапия вирусного гепатита В предусматривает назначение

- лактулозы

10. При лечении вирусного гепатита В с холестатическим синдромом используют

- урсодезоксихолевую кислоту

11. Лица, перенесшие острый вирусный гепатит В, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение _____ месяцев

- 6-ти

12. Для специфической профилактики вирусного гепатита В в настоящее время используют

- Вакцинацию

Задача 96. Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г.

- Жалобы На слабость, повышение температуры до 37, 4°C, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.
- Анамнез заболевания Заболел остро с повышения температуры до 37,5°C, головной боли, ломоты в мышцах и суставах. Раздражали запахи пищи, отмечал тошноту. Высокая лихорадка до 38,5°C сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно принимал сорбенты и жаропонижающие препараты. К врачу не обращался.

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

- биохимический анализ крови
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- геморрагического синдрома

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита Е является

- снижение уровня содержания протромбина в крови

6. Возможным осложнением вирусного гепатита Е является

- острая печеночная энцефалопатия

7. Высокая летальность при остром ВГ Е регистрируется у

- беременных женщин в III триместре

8. Базисной терапией вирусного гепатита Е является

- дезинтоксикационная

9. Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение

- лактулозы

10. При лечении вирусного гепатита Е с холестатическим синдромом используют

- урсодезоксихолевую кислоту

11. Лечение больных с тяжелым течением вирусного гепатита Е должно включать

- гипоаммониемические препараты

12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом Е назначают

- соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий

Задача 97. Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г.

- Жалобы На слабость, повышение температуры до 37, 4°C, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.
- Анамнез заболевания Заболел остро с повышения температуры до 38,5°C, головной боли, боли в мышцах и суставах. Высокая лихорадка (38,5°C- 39,0°C) сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно от «простуды». К врачу не обращался.

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

- биохимический анализ крови
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- геморрагического синдрома

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита А является

- снижение уровня содержания протромбина в крови

6. Возможным осложнением вирусного гепатита А является

- острая печеночная энцефалопатия

7. С целью дезинтоксикации больным среднетяжелой формой вирусного гепатита А назначают

- энтеросорбенты

8. Базисной терапией вирусного гепатита А является

- дезинтоксикационная

9. Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

- лактулозы

10. При лечении вирусного гепатита А с холестатическим синдромом используют

- урсодезоксихолевую кислоту

11. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- вакцинацию

12. Пациенты, перенесшие острый вирусный гепатит А подлежат диспансеризации в течение ____ месяцев

- 3-6

Задача 98

- **Ситуация:** Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 05.12.2017г.
- Жалобы: Быструю утомляемость, дискомфорт в правом подреберье.
- Анамнез заболевания
- Работает курьером. Проживает в отдельной квартире, не женат. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. Вредные привычки: курит в течение 5 лет. 6 месяцев назад делал татуировки на плечах. Из Москвы не выезжал, пользовался услугами общепита.
- Анамнез жизни
- Болен в течение месяца. Точно дату начала заболевания указать не может.

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

- Биохимический анализ крови
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования?

УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

Острый вирусный гепатит С, безжелтушная форма, средней степени тяжести.

4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие?

Геморрагического синдрома

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита С является

Снижение уровня содержания протромбина в крови

6. Возможным осложнением вирусного гепатита С является

хронизация

7.Базисной терапией острого вирусного гепатита С является?

Дезинтоксикационная

8. Базисная терапия острого вирусного гепатита С предусматривает назначение

Лактулозы

9. При лечении острого вирусного гепатита С с холестатическим синдромом используют

урсодезоксихолевую кислоту?

10. Пациенты с острым вирусным гепатитом С подлежат обязательному диспансерному наблюдению в течение ___ мес.

- 6

11. Контактным лицам по вирусному гепатиту С проводят

Лабораторное обследование

12. С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики

Задача 99

Ситуация

Больной М. 25 лет обратился в поликлинику по месту жительства 17.01.2018 г.

Жалобы

На лихорадку до 38,5°C, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту до 2-3 раз в день, поверхностный сон, головную боль, боли в суставах, боли в правом подреберье, темную мочу, желтушность склер.

Анамнез заболевания

- Работает курьером в интернет-магазине.
- Проживает в отдельной квартире один.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия, хронический вирусный гепатит В с 2012г.
- Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем (преимущественно пиво, водку)

Анамнез жизни

Заболел остро 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38,5-39°C, снизился аппетит, появились тошнота, боли в крупных суставах, тяжесть в правом подреберье.

Лечился дома самостоятельно, принимал жаропонижающие. К врачу не обращался.

В последующие дни пропал аппетит, появились рвота до 2-3 раз в день, боли давящего характера в правом подреберье, поверхностный сон.

На 3-й день болезни отметил потемнение мочи и желтушность склер, геморрагические элементы сыпи на коже.

В связи с отсутствием эффекта от лечения в домашних условиях и ухудшением общего состояния обратился к врачу.

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

- биохимический анализ крови
- ИФА для определения маркеров ВИРУСНЫХ гепатитов
- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

Острая дельта- (супер) инфекция хронического гепатита В, желтушная форма, тяжелое Течение

4. Критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является

снижение протромбинового индекса ниже 50%

5. Возможным осложнением острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В является

острая печеночная ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

6. Наиболее вероятным исходом острой дельта-(супер) инфекции хронического гепатита В является

хронический, активно прогрессирующий вирусный гепатит с формированием цирроза

7. Базисной терапией острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В является

Интенсивная деЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ

8. Базисная терапия острой дельта- (супер) инфекции предусматривает назначение растворов разветвленных аМИНОКИСЛОТ

9. Базисная терапия острой дельта- (супер) инфекции предусматривает назначение лактулозы

10. Все контактные лица с острой дельта- (супер) инфекцией хронического гепатита В подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение мес. со дня разобщения с источником инфекции

6 -ТИ

11. В целях профилактики инфицирования острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В назначают вакцинацию против гепатита В

12. Медицинское наблюдение Л контактных лиц с острой дельта- (супер) инфекцией хронического гепатита В включает лабораторное обследование с определением аланинаминотрансферазы и HBsAg

Задача 100

- Ситуация
- Больной П. 37 лет обратился в поликлинику по месту жительства 20.10.2017г.
- Жалобы

- на слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту, усиливающуюся на запахи приготовленной пищи и никотина, однократную рвоту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи.
- Анамнез заболевания
- Работает руководителем небольшой коммерческой компании по продаже косметических средств.
- Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и один ребенок).
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, два года назад перенес острый вирусный гепатит А.
- Вредные привычки: отрицает.
- За два месяца до настоящего заболевания выехал в Китай (провинции Гуйчжоу и Сычуань), где находился в командировке по вопросам своего бизнеса. Проживал в гостиницах, преимущественно питался самостоятельно, имел множественные контакты. Вернулся домой за 2-3 дня до начала заболевания.
- Год назад прошел курс вакцинации против вирусного гепатита В.

Вопросы:

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

- биохимический анализ крови
- ИФА для определения маркеров ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- комплексное УЗИ органов брюшной ПОЛОСТИ

3. Какой основной диагноз?

- Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Критерием тяжелого течения острых вирусных гепатитов является наличие

- геморрагического синдрома

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита Е является

- снижение уровня содержания протромбина В крови

6. Возможным осложнением вирусного гепатита Е является

- острая печеночная энцефалопатия

7. Базисной терапией вирусного гепатита Е является

- дезинтоксикационная

8. Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение лечебного стола №

- 5

9. Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение

- ЛаКТуЛОЗЫ

10. При лечении холестатического варианта вирусного гепатита Е используют

- урсодезоксихолевую кислоту

11. Все контактные лица по вирусному гепатиту Е подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение со дня разобщения с источником инфекции

- 35 дней

12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом Е рекомендуют

- соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий

Задача 101

- Ситуация
- Больной 52 лет, инвалид II группы, обратился в поликлинику для обследования перед очередным освидетельствованием МСЭК.
- Жалобы
- тупые боли после еды в эпигастрии и левом подреберье с иррадиацией в спину,
- метеоризм и выраженное кишечное газообразование,
- обильный кашицеобразный стул жирным блеском 4-5 раз в день,
- общая слабость.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия в детстве.
- Наследственность: у отца была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- Аллергии на медикаменты нет.
- Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день, последние 3 года алкоголь не употребляет.

Анамнез жизни

Много лет злоупотреблял алкоголем. Три года назад в связи с деструктивным панкреатитом проведена некрэквестрэктомия поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки, была установлена II группа инвалидности.

Вопросы:

1. Выберите необходимые для Л постановки диагноза и экспертизы трудоспособности лабораторные методы обследования (выберите 3)

- биохимический анализ крови
- копрологическое исследование
- глюкоза крови, гликированный гемоглобин

2. Выберите скрининговые и инструментальные методы для диагностики хронического панкреатита (выберите 2)

- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- обзорная рентгенография брюшной полости

3. Какой диагноз основного заболевания?

- Хронический алкогольный фиброзно-склеротический панкреатит, персистирующая болевая форма с экзо- и эндокринной панкреатической Недостаточностью

4. Осложнением основного заболевания, в наибольшей степени определяющим стойкую утрату трудоспособности пациента, является

- синдром панкреатогенной мальабсорбции

5. Инструментальным исследованием, уточняющим состояние панкреатобилиарной зоны, с которого следует начать обследование, является

- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- 6. Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы подтверждает**
- определение панкреатической эластазы в кале
- 7. Минимальной дозой, обеспечивающей нормальное переваривание пищи у больных хроническим панкреатитом, считается**
- 25-50 тыс. ед. липазы на прием ПИЩИ
- 8. Для заместительной полиферментной терапии больному следует предпочесть препараты**
- в форме минимикросфер
- 9. Для лабораторного скрининга трофологического статуса больного хроническим панкреатитом используют показатели**
- общего белка и альбумина крови, уровня гемоглобина, абсолютного числа лимфоцитов в гемограмме
- 10. Для уменьшения протокового давления в поджелудочной железе больному целесообразно назначить комбинацию**
- мебеверина и рабепразола
- 11. Диетическая терапия больного с хроническим панкреатитом предполагает**
- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- 12. Панкреатогенный сахарный диабет характеризуется**
- абсолютной недостаточностью ИНСуЛИНа И ГЛЮКОЗОНА

Задача 102

- Ситуация
 - Больная 46 лет обратилась в поликлинику
 - Жалобы
 - тупые боли после еды в верхних отделах живота с иррадиацией в спину
 - тошноту по утрам и после еды
 - горечь во рту
 - снижение аппетита
 - метеоризм и кишечное газообразование
 - обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 2-3 раза в день.
- Анамнез заболевания**
- Росла и развивалась нормально.
 - Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки, соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет.
 - Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь.
 - Родов 2. Менструальный цикл не изменен.
 - Объективный статус
 - Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 24. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным белым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. Множество мелких гемангиом на коже верхних отделов живота. Печень перкуторно - по краю реберной дуги.
 - **Вопросы:**

- **1. Выберите необходимые для Л постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)**
 - клинический анализ крови
 - биохимический анализ крови
 - копрологическое исследование
- 2. Выберите необходимые для ^ постановки диагноза инструментальные методы обследования**
 - ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
 - Магнитно-резонансная томография брюшной полости
- 3. На основании объективного л осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз**
 - Хронический билиарнозависимый паренхиматозный панкреатите экзогенной панкреатической недостаточностью, персистирующее течение на фоне желчнокаменной болезни
- 4. Уточнение состояния панкреатобилиарной зоны у пациентки следует начать с**
 - ультразвукового сканирования органов брюшной полости
- 5. Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы у больной подтвердит**
 - определение панкреатической эластазы в кале
- 6. Помимо низкого содержания жиров диетическая терапия при функциональной панкреатической недостаточности предусматривает**
 - достаточное содержание белков И углеводов
- 7. Оптимальная заместительная полиферментная терапия предполагает преимущественное использование препаратов**
 - в форме минимикросфер
- 8. Критерием достаточности заместительной полиферментной терапии являются**
 - исчезновение полифекалии и диспепсии
- 9. Для купирования болевых Л ощущений у пациентки целесообразно назначение комбинации препаратов**
 - гимекромона и рабепразола
- 10. Показания к оперативному лечению пациентки определяются**
 - возможностью осложнений желчнокаменной болезни
- 11. 11. Помимо больших размеров конкрементов, возможность эффективной литолитической терапии у пациентки ограничена**
 - давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи
- 12. Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета**
 - 25-40 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс. ед. в промежуточный прием

Задача 103

- Ситуация: Больной 46 лет обратился в поликлинику.
 - Жалобы
 - на
 - кожный зуд,
 - желтушность кожи и склер,
 - увеличение живота,
 - отеки нижних конечностей к вечеру.
- Анамнез заболевания
- Рос и развивался нормально.

- По профессии - системный администратор.
- Перенесенные заболевания и операции: простудные, детские инфекции.
- Наследственность: у матери - сахарный диабет 2 типа, отец в возрасте 57 лет умер от инфаркта миокарда.
- Аллергии на медикаменты нет. Контакта с токсичными веществами не имеет.
- Вредные привычки отрицает.
- Анамнез жизни
- Диагноз цирроза печени был установлен два года назад.
- Вирусная этиология доказана не была. Алкоголь в умеренных количествах употреблял в молодости. Были исключены и редкие причины цирроза - болезнь Вильсона, гемохроматоз, аутоиммунный и билиарный варианты. Получал курсами урсодезоксихолевую кислоту, адеметионин, эссенциальные фосфолипиды. Самочувствие оставалось удовлетворительным до последнего времени. Указанные жалобы начались с зуда кожи около месяца назад.
- Вопросы:
- **1. Выберите необходимые для Л постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)**
 - клинический анализ крови
 - биохимический анализ крови
 - коагулограмма
- **2. Выберите необходимые для Л постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3)**
 - ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
 - эзофагогастродуоденоскопия
 - компьютерная томография брюшной ПОЛОСТИ
- **3. Какой диагноз основного Л заболевания и его осложнений?**
 - Цирроз печени неустановленной этиологии, класс В по Чайлд-Пью; осложнения: портальная гипертензия(варикозно расширенные вены пищевода 1-11 ст., спленомегалия, асцит), печеночно-клеточная недостаточность, холестатический синдром
- **4. Наиболее информативным Л исследованием, уточняющим состояние печени, является**
 - биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата
- **5. Наиболее точно подтвердит Л наличие холестатического синдрома исследование**
 - щелочной фосфатазы и гамма- глутамилтранспептидазы
- **6. Наиболее точно подтвердит наличие цитолитического синдрома исследование**
 - аминотрансфераз
- **7. Для снижения венозного давления в портальной системе назначают**
 - неселективные бета-блокаторы
- **8. При выраженном кожном Л зуде у больных с циррозом печени лучшие результаты достигаются назначением**
Холестирамина
- **9. Лечение асцита больному следует начать с комбинации**
 - спиронолактона и петлевого Диуретика
- **11. При исследовании степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью учитывают содержание**
 - билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- **12. Одним из первых проявлений печеночной энцефалопатии является**
 - нарушение ритма сна и бодрствования

Задача №104

Ситуация

Вызов врача на дом к больному А. 48 лет 18.06.2018г.

Жалобы

- на слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры тела, чувство жара, головные боли, 2-кратную рвоту, боли в шее и мышцах верхних и нижних конечностей

Анамнез заболевания

- Работает учителем физики в общеобразовательной школе.
- Проживает в отдельной квартире с женой и ребёнком.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Парентеральный анамнез неотягощен.
- Больной 2 недели назад был на даче в Тверской области. Отмечал укус клеща, который заметил через несколько часов. Со слов, клеща извлёк самостоятельно.

Анамнез жизни

- Заболел остро 13.06.18 с повышения температуры до 39,2°C, появления болей в мышцах и суставах, чувства жара.
- Принимал самостоятельно ибупрофен, ингавирин - с непродолжительным эффектом в виде снижения температуры тела до 37,5°C.
- В последующие дни сохранялось повышение температуры тела по вечерам до 38,8°-39,4°C.

На 6 день болезни температура тела - 38,6°C, сохранение мышечных болей, появление головных болей и рвоты, что послужило причиной обращения в поликлинику.

1. Для постановки диагноза больному необходимо назначить (выберите 2)

- **ИФА на антитела к антигену инфекций, передаваемых клещами**
- **ПЦР ликвора (в стационарных условиях)**
- реакция латекс-агглютинации
- реакция иммунофлуоресценции (РИФ) мазков-отпечатков
- реакция микроагглютинации

2. Какой основной диагноз?

- **Клещевой вирусный энцефалит, менингеальная форма, среднетяжёлое течение**

- Лайм-боррелиоз, генерализованная форма, неврологический вариант, средней степени тяжести
- Грипп, стадия ранней реконвалесценции, осложнённое течение (серозный менингит), тяжелое течение

3. Для клеточного состава ликвора при клещевом энцефалите наиболее характерно наличие

- **лимфоцитарного плеоцитоза ниже 500 клеток в 1 мкл**
- лимфоцитарного плеоцитоза свыше 1000 клеток в 1 мкл
- Нейтрофильного лейкоцитоза свыше 1000 клеток в 1 мкл
- Нейтрофильного лейкоцитоза ниже 500 клеток в 1 мкл

4. Относительно тяжёлым течением характеризуется **клиническая** форма клещевого вирусного энцефалита

- **менингоэнцефалитическая**
- инаппарантная
- лихорадочная с двухволновым течением
- вторично-прогредиентная

5. К характерным проявлениям полиомиелитической формы клещевого вирусного энцефалита относят

- **СИМПТОМ «СВИСЛОЙ» ГОЛОВЫ**
- фасцикуляцию языка
- **ДИПЛОПИЮ И ПТОЗ**
- амимию и асимметрию лица

6. Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита следует проводить с

- **лайм-боррелиозом, полиомиелитом, эрлихиозом**
- сыпным тифом, малярией, инфекционным мононуклеозом
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, лептоспирозом, иерсиниозом
- псевдотуберкулезом, менингококковой инфекцией, висцеральным лейшманиозом

7. Этиотропная терапия клещевого вирусного энцефалита включает назначение

- **специфического иммуноглобулина**
- ламивудина
- доксициклина
- сульфаметоксазол/триметоприма

8. В качестве патогенетической терапии при клещевом вирусном энцефалите используются

- **диуретики**
- гемостатические препараты • холиноблокаторы
- нейролептики

9. В лечении клещевого вирусного энцефалита важным компонентом патогенетической терапии являются

- **глюкокортикостероиды**
- нейроплегические средства
- миорелаксанты
- холиноблокаторы

10. Первоочередной мерой экстренной профилактики при укусе клеща в эндемичном по клещевому вирусному энцефалиту регионе является

- **введение иммуноглобулина**
- введение вакцины против клещевого энцефалита
- применение химиопрофилактики рибавирином
- применение индукторов интерферона

11. Для профилактики клещевого вирусного энцефалита перед выездом в эндемичный регион используется

- **вакцинация**
- иммуноглобулинопрофилактика
- химиопрофилактика иодантипирином
- химиопрофилактика рибавирином

12. В качестве неспецифической меры профилактики клещевого вирусного энцефалита следует применять

- **репеллентные средства против клещей**
- кожные антисептики
- ношение маски в лесных массивах иммуномодуляторы
- Моноцитарный эрлихиоз человека (клещевой риккетсиоз), типичное течение, средней степени тяжести

Задача №105

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

- Работает менеджером в торговой фирме.
- Проживает в отдельной квартире вдвоем с женой. Детей нет.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ангина в возрасте 12 лет.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез: не известен

Анамнез жизни

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

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

- **бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на BL**
- **РПГА с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител**
- иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки
- РПГА крови с псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антител
- реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

2. Какой основной диагноз?

- **Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, пленчатый вариант, средней тяжести**
- Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, средней степени тяжести, неосложненная
- Лакунарная ангина, типичное течение, средней степени тяжести
- Инфекционный мононуклеоз, период разгара, типичное течение, средней степени тяжести

3. Клинические признаки дифтерии ротоглотки включают

- **синдром тонзиллита, синдром интоксикации, возможное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов**
- боль в горле, аденоидит, лихорадку, генерализованную полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию
- боль в ротовой полости, слюнотечение, дисфагию, умеренное увеличение подбородочных лимфоузлов
- синдром тонзиллита, значительно болезненный регионарный лимфаденит, бледность носогубного треугольника, экзантему

4. Поражение слизистой оболочки ротоглотки при дифтерии характеризуется наличием налетов

- **плотных фибриновых, серо-белого цвета, выступающих над поверхностью миндалин, с трудом снимающихся шпателем**
- рыхлых, желтоватого цвета, не выступающих над поверхностью миндалин, легко снимающихся шпателем без кровоточивости и эрозий
- грязных зеленоватых с гнилостным запахом и односторонним глубоким кратерообразным поражением миндалины
- в виде творожистых наложений, переходящих на внутреннюю поверхность щек

5. Неспецифическими осложнениями дифтерии являются

- **пневмония, бронхит, паратонзиллярный абсцесс**
- миокардит, полинейропатия, токсический нефроз
- экзантема, миокардит, полиартрит
- стеноз гортани, анафилактический шок, инфекционно-токсический шок

6. Дифференциальную диагностику локализованной дифтерии ротоглотки следует проводить с

- **лакунарной ангиной, инфекционным мононуклеозом, язвенно-некротической ангиной Симановского-Венсана**
- эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта, химическим ожогом ротоглотки, паратонзиллярным абсцессом
- аденовирусной инфекцией, энтеровирусной инфекцией
- корью, краснухой, ветряной оспой

7. Тактика ведения данного больного заключается в

- **госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы**
- ведении пациента в дневном стационаре

- госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- ведении пациента в амбулаторных условиях

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

- **10-20**
- 30-40
- 20-30

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

- **48**
- 12
- 24

10. Допуск реконвалесцентов дифтерии в организованные коллективы детей и взрослых разрешается сразу после

- **их клинического выздоровления и эффективной санации**
- нарастания титра противодифтерийных антитоксических антител в 2 раза
- нарастания титра противодифтерийных антитоксических антител в 4 раза
- контрольного осмотра оториноларинголога

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

- **5**

*2

- 3

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

- **7**
- 14
- 21
- 28

Задача №106

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

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

- **бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на ВЛ**
- **РПГА крови с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител**
- реакция Шика
- РПГА крови с псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антител
- бактериологическое исследование пунктата регионарных лимфатических узлов

2. Какой основной диагноз?

- **Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени, средней тяжести**
- Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, тяжелое течение

- Дифтерия ротоглотки, токсическая форма II степени, средней тяжести

3. Клинические признаки дифтерии ротоглотки токсической формы включают

- **тонзиллит, синдром интоксикации, регионарный лимфаденит, наличие отека слизистой оболочки ротоглотки и шейной подкожно-жировой клетчатки**
- нарастающие боли в горле при глотании пульсирующего характера, высокую лихорадку, выраженный резко болезненный аденит с периаденитом
- интоксикацию, болезненность в области околоушной слюнной железы при жевании, сухость слизистой оболочки ротоглотки, симптом Мурсу, поражение железистых органов
- высокую лихорадку с ознобами и потливостью, выраженный плотный отек и асимметрию шеи, отсутствие фибриновых налетов в ротоглотке

4. Критерием токсической формы дифтерии ротоглотки I степени является отек подкожно-жировой клетчатки

- **ДО середины шеи**
- до ключицы
- ниже ключицы
- над подчелюстными лимфоузлами

5. Клетками-мишенями для дифтерийного экзотоксина являются

- **кардиомиоциты**
- моноклеарные фагоциты
- миоциты скелетной мускулатуры
- гепатоциты

6. Для тяжелого течения дифтерии характерно развитие

- **токсико-метаболического шока, миокардита**
- синусита, трахеобронхита
- нефротического синдрома, хронической почечной недостаточности
- острого респираторного дистресс-синдрома, токсического гепатита

7. Дифференциальную диагностику токсической дифтерии ротоглотки следует проводить с

- **паратонзиллярным абсцессом, эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта (флегмона Людвига)**
- ангинами стрептококковой и стафилококковой этиологии, инфекционным

мононуклеозом, аденовирусной инфекцией

- сифилитической ангиной, грибковыми поражениями ротоглотки, энтеровирусной инфекцией
- ангинозно-бубонной формой туляремии, язвенно-некротической ангиной Симановского-Плаута-Венсана

8. Тактика ведения данного больного заключается в

- **госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы**
- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- ведении пациента в амбулаторных условиях

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

- **30-50**
- 20-30
- 30-40
- 50-60

10. Выписка больного дифтерией осуществляется

- **после полного клинического выздоровления и 2- кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии**
- после полного клинического выздоровления и 1- кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

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

- 5
- 2
- 3

*7

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

• 7

•14

•21

•28

Задача №107

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 38 лет

Жалобы

- на повышение температуры тела до 39,0 °С, головную боль, головокружение, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- Офисный работник.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает один, в отдельной квартире, холост.
- Эпиданамнез: Десять дней назад до начала заболевания вернулся из туристической поездки в Египет, отмечал там укусы комаров.

Анамнез жизни

- Заболел остро три дня назад, когда появился выраженный озноб, повышение температуры тела до 39°С, головная боль, ломота в мышцах и суставах
- Лечился самостоятельно противогриппозными и жаропонижающими средствами без эффекта.
- На 3-ий день состояние ухудшилось, усилилась головная боль, появилась тошнота, отмечалась повторная рвота, головокружение. Температура тела
- сохраняется на высоких цифрах.

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

- ИФА крови на арбовирусы
- ПЦР ликвора
- иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков со слизистой носоглотки
- микроскопическое исследование тонкого мазка и толстой капли крови на обнаружение

Plasmodium

- ИФА крови с антигеном Leishmania

2. Какой основной диагноз?

- **Лихорадка Западного Нила, менингеальная форма, средней степени тяжести**
- Грипп, типичное течение, осложненное серозным менингитом, средней степени тяжести
- Лайм боррелиоз, генерализованная форма, неврологический вариант, тяжелое течение
- Висцеральный лейшманиоз, средней степени тяжести

3. Ведущим синдромом Лихорадки Западного Нила является

- **ГРИППОПОДОБНЫЙ**

- диспепсический
- артралгический
- желтушный

4. Для тяжелого течения Лихорадки Западного Нила характерно развитие

- **менингоэнцефалита**
- печёчно-почечной недостаточности
- септического состояния
- гиповолемического шока

5. Дифференциальную диагностику Лихорадки Западного Нила проводят с

- **менингококковой инфекцией, гриппом**
- брюшным тифом, псевдотуберкулезом
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом
- паратифом А, дифтерией дыхательных путей

6. К клиническим формам Лихорадки Западного Нила относят

- **субклиническую, гриппоподобную, менингеальную, менингоэнцефалическую**
- острую, подострую, хроническую, резидуальную
- лихорадочную, менингеальную, менингоэнцефалитическую, полиомиелитическую, полирадикулоневритическую
- локализованную, генерализованную, хроническую, резидуальную

7. Особенностью клеточного состава ликвора при Лихорадке Западного Нила является плеоцитоз

- **смешанный ниже 500 клеток в 1 МКЛ**
- нейтрофильный свыше 1000 клеток в 1 мкл

- лимфоцитарный до 1000 клеток в 1 мкл
- нейтрофильный ниже 500 клеток в 1 мкл

8. К показаниям к госпитализации при Лихорадке Западного Нила относят

- **наличие менингеальной симптоматики**
- длительную лихорадку, не превышающую 38°C
- стойкое повышение артериального давления наличие гепатолиенального синдрома

9. Лечение неосложненной Лихорадки Западного Нила включает назначение

- **симптоматической терапии**
- противовирусных препаратов
- антибактериальных средств
- специфического иммуноглобулина

10. Применение антибиотиков при Лихорадке Западного Нила показано при

- **присоединении вторичной инфекции**
- менингеальной форме
- длительной лихорадке выше 38,0°C
- присоединении гепатолиенального синдрома

11. Выписка реконвалесцентов после Лихорадки Западного Нила осуществляется после

- **клинического выздоровления**
- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы

12. К профилактическим мероприятиям при Лихорадке Западного Нила относят

- **применение репеллентов, средств индивидуальной защиты от комаров**
- проветривание и влажную уборку помещений, текущую дезинфекцию
- проведение экстренной химиопрофилактики всем контактировавшим с больными лицами
- назначение противовирусных препаратов в очаге заболевания

Задача №108

Ситуация

В поликлинику обратилась пациентка 20 лет

Жалобы

- на зуд в области заднего прохода

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- **микроскопия соскоба, мазка кала**
- бактериологическое исследование кала
- исследование кала по методу Бермана
- иммуноферментный анализ (ИФА) с антигеном *T. spiralis*

2. Какой основной диагноз?

- **Энтеробиоз**
- Аскаридоз
- Стронгилоидоз
- Трихинеллез

3. К симптомам неосложненного энтеробиоза относят

- **зуд в области заднего прохода и аногенитальной области**
- боли в животе и зудящую сыпь на туловище
- субфебрильную лихорадку и частый жидкий стул
- субфебрильную лихорадку, продуктивный кашель, уртикарную сыпь на коже

4. Возможным осложнением энтеробиоза является

- **парапроктит**
- механическая желтуха

- непроходимость кишечника
- пневмония

5. Дифференциальную диагностику энтеробиоза проводят с

- **Геморроем**
- шигеллезом
- сальмонеллезом
- неспецифическим язвенным колитом

6. При массивной инвазии при энтеробиозе возможны

- **боли и урчание в животе, метеоризм, тошнота, рвота, запор или понос, иногда с примесью слизи**
- высокая лихорадка, продуктивный кашель с мокротой с прожилками крови, гепатолиенальный синдром
- генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия
- лихорадка ремиттирующего или неправильного типа, отёчный синдром, макулопапулёзные высыпания на коже с геморрагическим компонентом

7. При массивной инвазии при энтеробиозе возможно появление

- **аппендикулярной симптоматики**
- катарального синдрома
- генерализованной полилимфаденопатии
- менингеального симптомокомплекса

8. Тактика ведения данного больного заключается в

- **ведении пациента В амбулаторных условиях**
- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в инфекционное отделение
- госпитализации в мельцеровский бокс

9. Этиотропным средством для лечения энтеробиоза является

- **альбендазол**
- ацикловир

- доксициклин
- хлорохин

10. Лечение энтеробиоза включает назначение препаратов

- **противонематодозных**
- противодикроцелиозных
- противоцестодозных
- противотрематодозных

11. Повторный курс лечения энтеробиоза показано проводить через день/дней после первого

- **14**

*5

•7

12. Профилактика энтеробиоза включает

- **соблюдение правил ЛИЧНОЙ гигиены**
- предупреждение загрязнения яйцами гельминтов и адекватную термическую обработку свиного мяса
- предупреждение загрязнения яйцами гельминтов водоемов и адекватную термическую обработку рыбы семейства карповых
- соблюдение правил личной гигиены при контактах с собаками и кошками

Задача №109

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

- Работает курьером по доставке в интернет-магазине бытовых приборов.
- Проживает в квартире с родителями.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.

- Прививочный анамнез: в детстве, со слов пациента, прививался согласно Национальному календарю профилактических прививок, отводов не было, в школе проведение ревакцинации не помнит. От гриппа прививки не делал.

Анамнез жизни

- Заболел с появления чувства недомогания, слабости, головной боли, повышение температуры тела до 37,4°C, миалгии.
- Далее присоединился насморк, редкий сухой кашель.
- Лечился самостоятельно, принимал витаминизированное питье, парацетамол.

На 3-й день болезни самочувствие прежнее, появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

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

- **иммуноферментный анализ крови**
- **полимеразная цепная реакция к возбудителям**
- мазок из ротоглотки на флору
- иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков
- реакция латекс-агглютинации

2. Какой основной диагноз?

- **Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести**
- Инфекционная эритема (пятая болезнь), типичное течение, средней степени тяжести
- Скарлатина, типичная форма, легкое течение
- Аденовирусная инфекция, легкой степени тяжести. Токсико-аллергическая реакция на парацетамол

3. Специфическим осложнением при приобретенной краснухе является

- **полиартрит**
- доброкачественная лимфоцитоза
- трахеобронхит
- кератит

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

- **Энцефалит**
- двусторонняя интерстициальная пневмония
- инфекционно-токсический шок
- асфиксия вследствие надгортанного стеноза

5. Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются

- **мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия**
- обильная мелкоточечная экзантема, высокая лихорадка, лимфаденопатия, тонзиллит
- катаральный синдром, субфебрильная лихорадка, скудная геморрагическая сыпь
- скудная, розеолезная сыпь, гепатоспленомегалия, диспепсические явления, высокая лихорадка

6. Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

- **инфекционным мононуклеозом, энтеровирусной инфекцией, внезапной экзантемой**
- менингококковой инфекцией, сыпным тифом, ветряной оспой
- лептоспирозом, трихинеллезом, аллергическим дерматитом
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, листериозом, инфекционным мононуклеозом

7. Тактика ведения больного с краснушным энцефалитом заключается в

- **госпитализации В ОРИТ**
- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении пациента в амбулаторных условиях

8. Лечебная тактика при среднетяжелом течении краснухи включает проведение терапии

- **симптоматической**
- дезинтоксикационной
- антибактериальной
- гормональной

9. Изоляция больного краснухой осуществляется ДО

- **7 -ГО ДНЯ С момента появления СЫПИ**

- 7 -го дня с момента появления катаральных явлений

- 3-го дня нормальной температуры

- 5 -го дня с момента появления сыпи

10. К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят

- **вакцинопрофилактику**

- химиопрофилактику

- карантинные мероприятия в очаге

- текущую и заключительную дезинфекцию в очаге

11. За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- **21**

- 5

- 7

12. Индекс avidности IgG при острой краснушной инфекции составляет

- **менее 30**

- 40

- 60

- более 90

Задача

110

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 19 лет на 4-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, суставах, небольшой насморк, ощущение «першения» в горле, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез

заболевания

- Студентка дневного отделения ВУЗа.

Проживает в квартире с родителями.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ОРВИ.

Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез: со слов пациентки, в детском возрасте

прививки сделаны согласно Национальному календарю профилактических прививок. В школе проведение профилактических прививок, согласно рекомендациям врача, какие точно не помнит. От гриппа не прививалась.

Анамнез жизни

- Считает себя больной, когда вечером заметила появление небольшой болезненности и увеличения затылочных и заднешейных лимфоузлов, слабость, головную боль. Температуру не измеряла.

Утром температура тела до 37,6°C, миалгии, артралгии.

- Присоединился насморк, редкий сухой кашель.

- Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), щелочное питье, витамин С.

- На 4-й день болезни появилась сыпь на лице, которая в течение нескольких часов распространилась на туловище и конечности, самочувствие без ухудшения.

Объективный статус

Температура тела 37,5°C.

- Самочувствие удовлетворительное.

- На коже лица, на туловище, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей — мелкая, розовая, пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне без склонности к слиянию.

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

Иммуноферментный анализ крови на антитела к вирусным инфекциям
ПЦР к возбудителям вирусных инфекций

2. Какой основной диагноз?

Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести

3. Специфическим осложнением при краснухе является

Тромбоцитопеническая пурпура

4. Тяжелым специфическим осложнением краснухи является

Энцефалит

5. Типичными клиническими проявления при краснухе являются

Мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия

6. Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

Инфекционным мононуклеозом, псевдотуберкулезом, скарлатиной

7. Лечебная тактика при у краснухе с развитием полиартрита заключается в применении

НПВС

8. Лечение краснухи при у среднетяжелом течении включает проведение терапии Симптоматической

9. Индекс авидности IgG при у острой краснушной инфекции составляет Менее 30

10. За лицами, общавшимися у с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания

в очаге

11. К методам специфической у профилактики и защиты населения ОТ краснухи относят

Вакцинопрофилактику

12. Показателем наличия у иммунитета к краснухе является присутствие в крови специфических

IgG

Ситуационная задача 111

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 30 лет на 7-й день болезни.

Жалобы

- на озноб, повышение температуры тела, повышенную потливость, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

Инженер горнорудной промышленности

- Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и двое детей).

. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

- Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез: со слов пациента в последние 2 года прививался против желтой лихорадки и брюшного тифа.

- Неделю назад вернулся из командировки из Эфиопии, где работал инженером-консультантом в горнорудной промышленности.

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

Микроскопическое исследование тонкого мазка крови

Микроскопическое исследование «толстая капля» крови

2. Какой основной диагноз?

Малярия вызванная *Plasmodium vivax*, среднетяжёлый течение

3. Характерными клиническими признаками малярии являются

Повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы включающие последовательно появляющиеся признаки озноб-жар- пот

4. Для малярии характерно наличие

Лихорадочных пароксизмов, гепатогенального синдрома, гемолитический гипохромной анемии

5. Дебют малярии может проявляться

Инициальной лихорадкой (Лихорадка неправильного типа)

6. Дифференциальную диагностику малярии следует проводить с

Лихорадкой Денге

7. Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия

Falciparum

8. Специфическим осложнением малярии является

Разрыв селезёнки

9. Тактика ведения больного малярией заключается в

Госпитализации в диагностическое отделение

10. Купирующая терапия при неосложненной малярии включает назначение препаратов

Гематошизотропных

11. Для купирующей терапии данного больного целесообразно использовать

Хлорозин

12. Наблюдение за больными, перенесшими малярию,

вызванную P. Vivax, осуществляется в течение

2-х лет

Ситуационная задача 112

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 31 лет на 7-й день болезни

Жалобы

на слабость и регулярно появляющиеся приступы, которые сопровождаются ознобом, повышением температуры тела, повышенной потливостью

Анамнез заболевания

Геолог

Проживает в отдельной квартире с семьей (жена, ребенок дошкольного

возраста).

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, 9 месяцев назад, когда вернулся из рабочей командировки в Эфиопию, перенес малярию, вызванную *Plasmodium vivax* в ушах. Лечился в стационаре. Эффективность лечения была подтверждена прекращением эритроцитарной шизогонии.

- Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез - в прошлом прививался против желтой

Объективный статус

° Температура тела 39,4°C.

- Лицо гиперемизировано.

- Кожные покровы горячие на ощупь, сухие, сыпи на теле нет.

.Периферические лимфоузлы не увеличены.

. Слизистая ротоглотки обычной

Физиологической окраски, энантемы нет.

. АД — 110/60 мм.рт.ст, ЧСС — 102 уд. В мин.

. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

- Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени определяется на уровне края реберной дуги, пальпируется увеличенная, плотная селезенка.

- Очаговых и менингеальных знаков нет.

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

Микроскопическое исследование тонкого мазка крови

Микроскопическое исследование «толстая капля» крови

2. Какой основной диагноз?

Малярия вызванная *Plasmodium vivax*, поздний(экзоэритроцитарный) рецидив, среднетяжелое течение

3. Характерными клиническими признаками малярии являются

Повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы включающие последовательно появляющиеся признаки озноб-жар- пот

4. Осложнением позднего рецидива малярии-*vivax* является

Анемия

5. Дифференциальную диагностику рецидива малярии- vivax следует проводить с

Сепсисом, висцеральным лейшманиозом

6. Специфическим осложнением малярии является

Разрыв селезенки

7. Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия

Falciparum

8. Тактика ведения больного с рецидивом малярии заключается в

Госпитализация больного в инфекционный стационар

9. Купирующая терапия при позднем рецидиве малярии включает назначение препаратов

гемошизонтоцидных

10. Для профилактики поздних рецидивов при малярии vivax используют препараты

гистошизотропные

11. Для профилактики поздних рецидивов при малярии vivax используют

примахин

12. Диспансеризация больных, перенесшими малярию vivax должна проводиться в течении

2-х лет

Ситуационная задача 113

Ситуация

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

Жалобы

- на слабость, адинамию, кожные высыпания

Анамнез заболевания

. Работает консьержем в многоквартирном жилом доме.

- Проживает в отдельной собственной квартире с сыном.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, в т.ч. ветряная оспа, простудные заболевания.

- Вредные привычки: отрицает.

- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делала.

Анамнез жизни

- Заболела остро с повышения температуры тела до 37,9°C, головной боли, слабости, недомогания.

. Позже отметила появление чувства онемения и покалывания в области скуловой дуги справа

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

ПЦР , ифа , микроскопия мазков содержимого везикул

2. Какой основной диагноз?

Опоясывающий лишай

3. Клиническими признаками продромального периода опоясывающего лишая являются

Слабость, повышение температуры тела, чувство внесения и тд

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

Экзантемы с тесно сгруппированными везикулами и тд

5. Осложнениями опоясывающего лишая являются

Энцефалит, менингит

6. Дифференциальную диагностику опоясывающего Лишая СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

Зостериформным простым герпесом, рожей

7. Тактикой ведения данного больного является

Амбулаторное ведение и лечение

8. Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

Ацикловира

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

Противовирусная терапия

10. Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

5 дней со времени появления последнего свежего элемента

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

Их клинического выздоровления

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

11-го по 21

Ситуационная задача 114

Ситуация

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.01.2018г.

Жалобы

на приступообразную боль в межреберной области спины справа, температуру до 37, 5°C, наличие элементов сыпи.

Анамнез заболевания

- Строитель, последнее время работает на улице Проживает в отдельной квартире с семьей.

- Аллергоанамнез: неотягощен.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

. Вредные привычки: курение, алкоголь умеренно

- Парентеральный анамнез неотягощен.

Анамнез жизни

С 20.01. беспокоит постоянная боль справа, в межреберной области спины, усиливающаяся при движении и трении одеждой. Самостоятельно

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

ИФА, ПЦР

2. Какой основной диагноз?

Опоясывающий лишай, период высыпания, типичное течение

3. Предшественником данного заболевания является

Ранее перенесенная ветряная оспа

4. Тяжелое течение данного заболевания наблюдается при

Генерализации и трансформации в буллезную форму

5. Критерии тяжести при опоясывающем лишае включают

Выраженность интоксикационного синдрома с признаками поражения ЦНС и местные кожные проявления

6. Неоднократные повторные случаи опоясывающего лишая можно наблюдать у пациентов

Выраженной иммуносупрессией

7. К ОСНОВНЫМ КОЖНЫМ СИМПТОМАМ, характерным ДЛЯ Опоясывающего лишая относят

Гиперемию на коже и слизистых с элементами везикулезной сыпи

8. Основными клиническими симптомами, характерными для опоясывающего лишая являются

Приступообразные корешковые боли с местной гиперестезией и везикулезная сыпь на фоне эритемы

9. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО герпеса ОТНОСЯТ

Парезы глазодвигательного и лицевого нервов

10. Госпитализация при опоясывающем лишае показана

Больным с поражением глаз и ЦНС

11. Схема лечения для данного пациента включает назначение

Валацикловира 1000 3 раза в сутки 7 дней

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

Их клинического выздоровления

Ситуационная задача 115

Ситуация

Больной Н. 38 лет обратился в поликлинику по месту жительства на 5-й день болезни.

Жалобы. на кожные высыпания в области груди, сопровождающиеся болевым синдромом, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- Работает специалистом в П- компании.
- Проживает один в отдельной собственной квартире.
- . Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- . Вредные привычки: отрицает.
- . Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делал.

Анамнез жизни

- Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 37,5°C, головной боли, слабости.

Объективный статус

- Температура тела 36,8°C.
- На коже груди слева - сгруппированные везикулы («гроздь винограда») с мутным содержимым, располагающиеся на гиперемизованном и отёчном основании. Размер их не превышает нескольких миллиметров. Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер. Сыпь сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, боль приступообразная, усиливающаяся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности. Периферические лимфоузлы (аксиллярные) увеличены до размера горошин, умеренно болезненны при пальпации.
- . Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемизована, отмечается ее зернистость, везикулезных высыпаний не обнаружено. - АД — 120 и 80 мм.рт.ст, ЧСС — 80 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД — 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

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

ПЦР, иммунофлуоресцентный анализ

2. Какой основной диагноз?

Опоясывающий лишай

3. Патогномоничным признаком опоясывающего лишая является наличие

Экзантемы с тесно сгруппированными везикулами и тд

4. Клинические признаки продромального периода опоясывающего лишая включают

Чувство онемения, покалывания или жжения в области пораженного дерматомы

5. Главным клинико-диагностическим критерием опоясывающего лишая в стадию герпетических высыпаний считают наличие

Экзантемы с тесно сгруппированными везикулами и тд

6. Дифференциальную у диагностику опоясывающего лишая с представленной локализацией до момента появления сыпи следует проводить с

Пневмонией, стенокардией

7. Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая следует проводить с

Зостероформным простым герпесом, рожей

8. ТАКТИКОЙ ведения данного У БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Амбулаторное наблюдение и лечение

9. Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

Ацикловира

10. Лечебная тактика при у неосложненном опоясывающем лишае, в первую очередь, включает назначение

Противовирусной терапии

11. Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

12. С целью пассивной иммунизации специфический (противоветряночный) иммуноглобулин вводится в течение _ дней после контакта с больным опоясывающим лишаем

3-4

Ситуационная задача 116

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 20 лет на 3-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, рвоту, боли в животе, более выраженные в правой половине, боли в суставах.

Анамнез заболевания

- Студент дневного отделения ВУЗа

- Проживает в отдельной квартире с родителями.

. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

- Вредные привычки: отрицает.

. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе).

- Эпид. анамнез: в течение последнего месяца 2 раза работал на овощной базе; ежедневно употребляет в пищу салаты, приготовленные из моркови, капусты, листовых овощей.

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

Иммуноферментный анализ крови к антителам Y. Pseudotuberculosis

Молекулярно-биологические методы диагностики ПЦР к ДНК Y. Pseudotuberculosis

2. Какой основной диагноз?

Псевдотуберкулез, абдоминальная форма, острый аппендицит, средней степени тяжести

3. В гемограмме при псевдотуберкулезе наблюдается

Лейкоцитоз, нейтрофилез, относительная лимфопения

4. Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

Мезаденит, терминальный илеит, острый аппендицит

5. Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

Обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок

6. Осложнениями абдоминальной формы псевдотуберкулеза является

Перитонит, стеноз терминального отдела подвздошной кишки спаечная болезнь

7. Дифференциальную диагностику абдоминальной формы псевдотуберкулеза следует проводить с

Острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей

8. Тактика ведения данного больного заключается в

Госпитализация в хирургическое отделение

9. Лечебная тактика при абдоминальной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

Антибиотикотерапия

10. Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется

Ципрофлоксацин

11. Выписка больных из стационара возможна после

Их полного клинического выздоровления

12. Профилактика псевдотуберкулеза заключается в

Осуществлении мероприятий направленных на предупреждение контаминации возбудителями пищевых продуктов

Ситуационная задача 117

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 19 лет

на 2-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, озноб, боль в горле при глотании, снижение аппетита, боли в животе, жидкий стул 1-2 раза в день, боль в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания

- Студент дневного отделения сельскохозяйственного ВУЗа

. Проживает в отдельной квартире с родителями.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

. Вредные привычки: отрицает.

- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе и в институте).

. Эпид. анамнез: в течение последнего месяца несколько раз работал в теплице (на практике)

Объективный статус

Температура тела 39,1°C.

Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив.

- На коже туловища и конечностей обильная мелкоточечная сыпь на фоне гиперемии, более обильная в области отека кистей и стоп.

- Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации.
- Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины гипертрофированы.
- . Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный.

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

Иммуноферментный анализ крови, молекулярно-биологический методы диагностики ПЦР

2. Какой основной диагноз?

Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант, средней степени тяжести

3. Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

Острый аппендицит, мезаденит, терминальный илеит

4. Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

Обильная мелкоточечная scarlatinopodobnaya сыпь со сгущением в местах естественных складок и тд

5. Осложнениями генерализованной формы псевдотуберкулеза являются

Инфекционно-токсический шок, диффузный илеит с перфорацией кишечника и развитием перитонита

6. Дифференциальную диагностику псевдотуберкулеза в ранние сроки болезни следует проводить с

Гриппом, scarlatinoy, meningokoktsiemiy

7. Тактика ведения данного у больного заключается в

Госпитализация в инфекционное отделение

8. Лечебная тактика при генерализованной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

Антибиотикотерапия

9. Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется

Ципрофлоксацин

10. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов после перенесенного псевдотуберкулеза осуществляется до _ месяцев после выписки из стационара

12-ти

11. Выписка больных из стационара возможна после

Их полного клинического выздоровления

12. Профилактика псевдотуберкулеза заключается в

Осуществлении мероприятий направленных на предупреждение контаминации возбудителями пищевых продуктов

Ситуационная задача 118

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 65 лет

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой половины лица, чувство жжения и распирания в ней.

Анамнез заболевания

- Пенсионерка.

- Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуком.

Данным заболеванием болеет первый раз.

Вредные привычки: отрицает.

- За несколько дней до заболевания пациента перенесла ОРВИ, после которого на слизистой носа оставались корочки и трещинки

Анамнез жизни

. Заболела вечером остро с озноба, повышение температуры тела до 38,2°C, головной боли, слабости.

Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом.

-Утром затекание Объективный статус

- Температура тела 38,2°C.

. В области щек и носа яркая эритема с четкими неровными контурами в виде зубцов. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, имеются мелкие геморрагии, отек лица.

. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации.

- АД —140/80 мм.рт.ст, ЧСС — 92 уд. В мин.

В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 2)
ОАК, ОАМ

2. Какой основной диагноз?

Эритематозно-геморрагическая рожа лица, первичная, средней тяжести

3. Диагностическим критерием местного очага воспаления при роже является эритема

С четкими границами и не ровными контурами, горячая на ощупь

4. К первичным элементам рожистого очага относят

эритему

5. К провоцирующим факторам при роже относят

Нарушение целостности кожных покровов

6. Предрасполагающим фактором для возникновения рожи является

Метаболический синдром

7. К общим осложнениям рожи относится

Инфекционно-токсический шок

8. Для лечения первичной неосложненной рожи применяют

Бензилпенициллин натриевую соль

9. В комплексном лечении рожи используют

физиотерапию

10. Вариантом бициллинопрофилактики при роже является

Курсовая

11. Показанием для профилактического назначения бициллина-5 больным рожей является

Рецидивирующее течение

12. Методом профилактики рецидивов рожи является

Полноценное лечение первичной рожи

Ситуационная задача 119

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

- Пенсионерка

- Проживает в отдельной квартире вместе с мужем.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, ангины, хронический отит, тонзилэктомия. Перелом левой голени 20 лет назад. . Вредные привычки: отрицает.

. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

Анамнез жизни

- Заболевание началось днем остро с озноба, повышения температуры тела до 39,1°C, слабости, пропал аппетит, вечером заметила небольшой отек и покраснение в нижней трети левой

Объективный статус

. Температура тела 38,6°C.

. В области левой голени выраженный отек, яркое покраснение горячее на ощупь, геморагии, крупные буллы с серозно-геморрагическим содержимым. Паховые лимфоузлы слева увеличены, болезненны при пальпации.

- Кожа туловища, остальных конечностей - обычной окраски.

- Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, правосторонние паховые) не увеличены, безболезненные при пальпации.

. Слизистая ротоглотки розовая.

. АД — 110/70 мм.рт.ст, ЧСС — 110 уд. в мин.

- В легких хрипов нет.- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

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

ОАК, анализ крови на глюкозу, ОАМ

2. Какой основной диагноз?

Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности

3. Клинические признаки начального периода рожи включают

Озноб, повышение температуры. Слабость, головную боль

4. К патогномичным признакам рожи относят

Отек, яркую горячую на ощупь , эритему с неровными контурами, геморрагии, бцллы, регионарный лимфаденит

5. Местными осложнениями рожи являются

Абсцесс, флегмона

6. Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

Мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем

7. Часто рецидивирующей рожей считают наличие рецидивов от _ раз/раза в год

3

8. Тактика ведения данной БОЛЬНОЙ заключается в

Госпитализации в инфекционный стационар

9. Лечебная тактика при роже заключается в назначении

Антибактериальная терапия, в сочетании с антигистаминными препаратами

10. Нахождение больного рожей в инфекционном стационаре осуществляется ДО

Клинического выздоровления

11. Допуск реконвалесцентов рожи к работе разрешается после

Их клинического выздоровления

12. Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится

Бициллином-5 по 1.5 млн ЕД 1 раз в три недели

Ситуационная задача 120

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 58 лет на 3-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой голени, чувство жжения и распирания в ней, появление пузырей.

Анамнез заболевания

- Пенсионерка.

- Проживает в отдельной квартире с мужем, дочерью и внуком.

. Похожим заболеванием болеет второй раз. Первый раз — 3 года назад на этой же конечности. Лечилась самостоятельно.

. Вредные привычки: отрицает.

За день до заболевания пациента долго простояла на балконе (ждала внука), «промерзла»,

Анамнез жизни

- Заболела остро: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 38,6°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие

Объективный статус

- Температура тела 38,7°C.

- В области левой голени яркая эритема. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, отек голени. В области эритемы определяются геморрагии, местами сливные, два крупных пузыря с серозно-геморрагическим содержимым и мелкие, плоские пузыри. На стопе заживающая ранка. Онихомикоз стоп.

- Паховые лимфоузлы слева увеличены и болезненны при пальпации.

- АД — 130/70 мм.рт.ст, ЧСС — 96 уд. В мин.

- В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Составьте план обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 2)

Клинический анализ крови, коагулограмма

2. Какой основной диагноз?

Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности

3. Клинические признаки буллезно-геморрагической рожи включают наличие

Булл и геморрагии на фоне эритемы

4. Критерием часто рецидивирующей рожи является

Наличие 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией

5. Местными осложнениями рожи являются

Абсцесс, флегмоны

6. Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

Абсцессом, узловатой эритемой, контактным дерматитом

7. Последствием рожи является

Слоновость

8. Антибиотиками, применяемыми в остром периоде рожи являются

Пенициллины

9. Назначение препаратов, действующих на L- формы стрептококка показано при

Частом рецидивированные рожи

10. К показаниям для назначения бициллина-5 больным рожей относят

Частые рецидивы болезни

11. Местная терапия при буллезных формах рожи включает назначение

Примочек с риванолом или фурацилином

12. Методом профилактики рецидивов рожи является назначение

Пролонгированных пенициллинов

Ситуационная задача 121

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

- Повар.

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

Аллергоанамнез: неотягощен.

. Вредные привычки: отрицает.

- Проживает с семьёй (муж, сын, жена сына, внуки) в отдельной квартире.

. Эпиданамнез: Работа связана с постоянной повышенной статической физической нагрузкой, микротравматизацией кожных покровов, резкой сменой

Объективный статус

Температура тела 38,7°C. Положение активное. Сознание ясное, контактна, ориентирована, адекватна.

В области левой голени яркая горячая на ощупь эритема, отёк. Кожа инфильтрирована, лоснится. Очаг болезненный при пальпации. Булл, геморрагий нет. Кожные покровы вне очага физиологической окраски.

Увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов слева. Другие лимфатические узлы не увеличены. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Микоз стоп. Дыхание носом свободное, выделений из носа нет. Слизистая оболочка ротоглотки физиологической окраски. Миндалины не увеличены.

В легких жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД — 17 в минуту.

АД-140/80 мм.рт.ст. Тоны сердца, приглушены, ритмичны, ЧСС — 102 удара в минуту.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, перистальтика активная. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

1. Составьте план у лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 3)

Клинический анализ крови, клинический анализ мочи, исследование крови для обнаружения повышения титров антистрептолизина

2. Какой основной диагноз?

Эритематозная рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, 1-й ранний рецидив

3. Опорными диагностическими критериями местных изменений в очаге рожи являются наличие

Эритемы с неровными границами , увеличенных регионарных лимфатических узлов отека

4. Предрасполагающим фактором для возникновения рожи является

Микоз стоп

5. Провоцирующим фактором при роже является

Переохлаждение

6. В классификацию рожи по распространённости местных проявлений включена форма

Распространенная

7. Осложнениями рожи являются

Абсцесс. Флебит, сепсис, инфекционно-токсический шок

8. К последствиям перенесенной рожи относится развитие

Лимфедемы, фибредемы

9. Критерием часто рецидивирующей рожи является наличие

3-х и более рецидивов в год с той же локализацией очага

10. Лечебная тактика при повторной неосложнённой роже включает назначение

Однокурсовой антибактериальной терапии

11. Для лечения данной больной целесообразно назначить (при переносимости) препараты группы

Цефалоспоринов I-II поколений

12. Метод непрерывной круглогодичной бициллинопрофилактики рожи целесообразен при наличии

3-х и более рецидивов рожи в год с той же локализацией очага

Задача 122

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

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

Анамнез заболевания Заболела утром остро с озноба, повышение температуры тела до 38,8°C, головной боли, слабости. Вечером заметила красное пятно в области левой щеки.

На 2-й день болезни сохранялась высокая температура, появились отек, яркое покраснение и жжение в области левой половины лица, сужение глазной щели. Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) без эффекта.

Анамнез жизни Пенсионерка. Проживает в отдельной квартир вместе с мужем. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, в том числе скарлатина, ангины, хронический гайморит, аппендэктомия. Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа. Объективный статус Температура тела 39,0°C. В области левой половины лица выраженный отек, яркое покраснение с четкими, неровными контурами, горячее на ощупь. Геморрагий и булл нет. Левая глазная щель сужена. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Кожа туловища, конечностей обычной окраски. Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные, подмышечные, паховые) не увеличены, безболезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки розовая, миндалины не увеличены, налетов нет. АД – 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 104 уд. в мин. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

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

анализ крови на глюкозу

общий анализ крови

2. Какой основной диагноз?

Эритематозная рожа лица, среднетяжелое течение, первичная

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится бициллином-5

Задача 123

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 36 лет.

Жалобы на быструю утомляемость, сонливость, снижение памяти, сухость кожи, выпадение волос на голове.

Анамнез заболевания В течение года беспокоит утомляемость, сонливость, снижение памяти. В течение месяца отмечает сухость кожных покровов, выпадение волос.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работает менеджером. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Беременности – 2, роды – 2. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 166 см, масса тела – 63 кг, индекс массы тела – $22,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,2^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечаются плотные отеки голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 50 в минуту. АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, пальпируется узловое образование в левой доле. Глазные симптомы отрицательные.

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

тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4)

антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО), антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ)

2) Выберите необходимые для обследования инструментальные методы исследования (выберите 2)

ультразвуковое исследование щитовидной железы

электрокардиография

3) Дополнительно пациентке необходимо определить _____ сыворотки крови

кальцитонин

4) Пациентке показано проведение

тонкоигольной аспирационной биопсии узла

5) Какой предполагаемый основной диагноз?

Аутоиммунный тиреоидит. Первичный манифестный гипотиреоз. Узловой зоб 1 ст.

6) Пациентке необходимо назначить

левотироксин натрия в дозе 100 мкг

7) Для контроля лечения необходимо оценить уровень

ТТГ

8) Определение уровня ТТГ необходимо провести через ____ недель/недели после начала терапии

8

9) В случае наступления беременности пациентке необходимо рекомендовать увеличить дозу левотироксина натрия на 30-50%

10) После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

1 раз в год

11) УЗИ щитовидной железы необходимо проводить ____ раза/раз в год

1

12) Профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в поддержании стойкого эутиреоза

Задача 124

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 21 года.

Жалобы

слабость, плохой аппетит, похудание, головокружение.

Анамнез заболевания

Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит.

В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела.

2 месяца назад обращалась к врачу-психиатру с жалобами на плохое настроение, был назначен антидепрессант агомелатин 25 мг в сутки. В связи с отсутствием положительного эффекта самостоятельно отменила лечение 3 недели назад.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Является студенткой.

Перенесённые заболевания: детские инфекции.

Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные.

Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин натрия около 10 лет.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост – 172 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,7 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки и слизистая оболочка полости рта гиперпигментированы, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный

звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании.

Вопросы

1. Для постановки диагноза необходимо определение _____ сыворотки крови утром натощак (выберите 2)
кортизола
адренокортикотропного гормона
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести тест с
1-24-АКТГ
3. Для косвенного подтверждения диагноза необходимо сделать (выберите 2)
клинический анализ крови
биохимический анализ крови
4. Определение антител к _____ позволяет идентифицировать этиологию заболевания
21-гидроксилазе
5. Какой диагноз вы поставите пациентке?
Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, легкого течения. Декомпенсация.
6. Пациентке необходимо назначить
гидрокортизон 25 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 100 мкг в сутки утром
7. Оценивать адекватность заместительной терапии необходимо по
клиническому состоянию
8. Заместительную терапию пациентке необходимо продолжать
пожизненно
9. На фоне заместительной терапии у пациентки отмечается повышение АД до 130/100 мм рт.ст.; вы порекомендуете ей
снизить дозу флудрокортизона до 50 мкг
10. У пациентки есть риск развития
пернициозной анемии
11. Профилактика развития адреналового криза при интеркуррентном заболевании заключается в
увеличении дозы глюкокортикоидов
12. Пациентам с первичной надпочечниковой недостаточностью, получающим заместительную терапию, показана консультация врача-эндокринолога 1 раз в
1 год

Задача 125

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 38 лет.

Жалобы

на периодически беспокоящую сухость во рту,
кожный зуд,
мелькание «мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания

В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд.
Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает менеджером.

В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг.

В 16 лет установлен диагноз «сахарный диабет 1 типа», получает инсулин гларгин 32 Ед

в сутки, инсулин аспарт по 8-10 Ед на основные приемы пищи, самоконтроль гликемии нерегулярный, последний визит к врачу-эндокринологу более года назад. Перенесённые заболевания и операции: аппендэктомия в детстве. Беременности – 1, роды –1 (масса тела ребенка при рождении – 3800 г). Наследственность: у отца инфаркт миокарда.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питание включает продукты с большим количеством легкоусваиваемых углеводов, подсчет ХЕ не проводит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 174 см, масса тела – 51 кг, индекс массы тела – 16,8 кг/м², температура тела – 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Осмотр нижних конечностей: кожа чистая, сухая, пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон, чувствительность не снижена.

Вопросы

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

биохимический анализ крови

определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)

2. Необходимо провести следующие инструментальные методы обследования (выберите 2)

офтальмоскопию при расширенном зрачке

электрокардиографию

3. Пациентке необходимо оценить (выберите 2)

альбуминурию

общий анализ мочи

4. С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

пролиферативная диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек ОУ

5. Рекомендации по изменению образа жизни включают

общее потребление белков, жиров и углеводов, не отличающееся от такового у здорового человека

6. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %

6,5

7. Для компенсации углеводного обмена пациентке показано

обучение в школе Диабета, самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, интенсифицированная инсулинотерапия

8. Для лечения диабетической ретинопатии показано

проведение лазеркоагуляции сетчатки

9. Пациентке с диабетическим макулярным отеком может быть показана терапия

ранибизумабом

10. Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)(1)

3

11. Оценка микроальбуминурии, креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации при отсутствии изменений должна проводиться 1 раз в _____ месяца/месяцев

12

12. Вторичная профилактика диабетической ретинопатии у данной пациентки заключается в достижении уровня гликированного гемоглобина менее _____ %

6,5

Задача 126

На прием к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 72 лет.

Жалобы на отеки на ногах, одышку при обычной физической нагрузке, на сухость во рту.

Анамнез заболевания: росла и развивалась нормально, пенсионерка, перенесенные операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия в 42 года), периодически повышение артериального давления, максимально до 175 и 105 мм.рт.ст, регулярной гипотензивной терапии не получает. Наследственность: у отца сахарный диабет 2 типа. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает. Сочно употребляет конфеты, торты, хлебобулочные изделия.

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

биохимический анализ крови

клинический анализ крови

общий анализ мочи

2. какое дополнительное исследование необходимо провести?

гликированный гемоглобин (HbA1c)

3. какие инструментальные исследования необходимо провести пациентке?

электрокардиографию

эхокардиографию

4. Какой диагноз?

Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек 2, А2.

Гиперлипидемия. Избыточная масса тела. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4.

Хроническая сердечная недостаточность 2А ст., ФК 2

5. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %
8,0

6. В качестве сахароснижающей терапии показано назначение

матформина и эмпаглифлозина

7. Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)

3

8. Пациентке необходимо рекомендовать проводить контроль глюкозы капиллярной крови _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

1 раз в сутки в разное время

9. Для лечения сопутствующей патологии показано назначени

лизиноприла, бисопролола, гипотиазида и розувостатина

10. При обследовании через 6 месяцев уровень HbA1c составил 8,4%. Пациентке показано назначение

гликлазида

11. Медикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в приеме **метформина**

12. Немедикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в приеме

снижении массы тела и увеличении физической активности

Задача 127

На приём к врачу-терапевту участковому пришел пациент 49 лет.

Жалобы на сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания * Рос и развивался нормально.. Работает водителем. Перенесённые заболевания: в течение 2-х лет в связи с повышением артериального давления самостоятельно стал принимать индапамид 2,5 мг в сутки, на этом фоне периодически при самоконтроле отмечает повышение артериального давления, максимально до 175 и 105 мм рт.ст. Наследственность: у отца — инфаркт миокарда в 59 лет. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: курит. Питается нерегулярно, употребляет сладкие газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

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.

Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.

4. Рекомендации по изменению образа жизни включают

низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела

5. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < %
7,0

6. В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить

комбинацию метформина и вилдаглиптина

7. Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)

3

8. Пациентке необходимо рекомендовать проводить контроль глюкозы капиллярной крови _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

1 раз в сутки в разное время

9. Для лечения сопутствующей патологии показано назначение
эналаприла, нифедипина и аторвастатина

10. при снижении скорости клубочковой фильтрации менее 45 мл/час необходимо изменить дозу
метформина

11. наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку
альбуминурии

12. Кратность ежегодного посещения врача-офтальмолога в рамках мониторинга
1 раз в год

Задача 128

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 58 лет.

Жалобы на сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания: рос и развивался нормально. Работает инженером.

Перенесённые заболевания: в течение 4-х лет в связи с повышением артериального давления получает моксонидин 0,4 мг в сутки, на этом фоне периодически при самоконтроле отмечает повышение артериального давления, максимально до 175 и 100 мм рт.ст.

Наследственность: у отца – сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: неотягощен.

Вредные привычки: курит.

Питается нерегулярно, употребляет фастфуд.

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

глюкоза плазмы натощак
гликированный гемоглобин (HbA1c)

2. Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа

3. У пациента предполагается осложнение сахарного диабета в виде
сенсорной полинейропатии

4. Для подтверждения наличия сенсорной полинейропатии пациенту необходимо провести

оценку нарушений чувствительности

5. У пациента из сопутствующей патологии присутствует
артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 ст.

6. Рекомендации для данного пациента по изменению образа жизни включают
уменьшение массы тела

низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

7. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c <
_____ %

7,0

8. В качестве стартовой сахароснижающей терапии необходимо назначить комбинацию
инсулина

базального и метформина

9. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев

3

10. Для лечения сопутствующей патологии данному пациенту показано назначение **эналаприла, нифедипина**

11. Пациенту на комбинированной терапии пероральным сахароснижающим препаратом с базальным инсулином необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

12. Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку **микроальбуминурии**

Задача 129

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 50 лет.

Жалобы

на

периодически беспокоящую сухость во рту,

онемение и жжение в стопах.

Анамнез заболевания

в течение полугода беспокоят онемение и жжение в стопах,

накануне обращения появилась боль в правой ноге при ходьбе более 300 м.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает строителем.

Около 3 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает пероральную сахароснижающую терапию (метформин 2000 мг в сутки, алоглиптин 25 мг в сутки).

Около года отмечается повышение артериального давления до 155/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает.

Перенесённые заболевания: простудные.

Наследственность: у деда сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курение.

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

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, масса тела – 105 кг, индекс массы тела – 33,5 кг/м², температура тела – 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 145/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Кожные покровы правой стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация тыльной артерии правой стопы снижена. На дистальной фаланге безымянного пальца правой стопы язвенный дефект 0,5×0,5 см без гнойного отделяемого, без эритемы. Снижена тактильная и болевая чувствительность правой стопы.

Вопросы

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

гликированный гемоглобин (HbA1c)

биохимический анализ крови

бактериологическое исследование отделяемого раны

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

ультразвуковая доплерография нижних конечностей

рентгенография стоп

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма. Язвенный дефект IV пальца правой стопы.

4. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < _____ %

7,5

5. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.

6. Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают

отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ношение разгрузочного башмака

7. Для коррекции сахароснижающей терапии необходимо

добавить базальный инсулин

8. Пациенту с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы показаны обработка раны и консультация сосудистого хирурга

9. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев

3

10. Через 6 месяцев после интенсификации сахароснижающей терапии у пациента уровень HbA1c составил 9,0 % . Пациенту необходимо

отменить алоглиптин, интенсифицировать и оптимизировать инсулинотерапию

11. Профилактика образования язвенных дефектов в области стопы заключается в регулярном посещении кабинета диабетической стопы

12. У пациента с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии необходимо осматривать места инъекции инсулина не реже 1 раза в _____ месяцев

6

Задача 130

На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 42 лет.

Жалобы

На сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание.

Анамнез заболевания

В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает воспитателем в детском саду.

Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия 16 лет назад.

Беременности – 3, роды – 3 (масса тела детей при рождении 3400 г, 3600 и 4700 г).

Наследственность: у матери – сахарный диабет.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Часто употребляет мучные и кондитерские изделия, сладкие газированные напитки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 168 см, масса тела – 79 кг, индекс массы тела – 28,2 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 125/88 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **глюкоза плазмы натощак**
 - **гликированный гемоглобин (HbA1c)**
2. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - **Сахарный диабет 2 типа**
3. После установки диагноза необходимо провести
 - **определение микроальбуминурии**
4. Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела
 - **низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)**
5. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %
 - **6,5**
6. В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается
 - **метформин**
7. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев
 - **3**
8. Пациентке необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови _____ и гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) 1 раз в неделю
 - **1 раз в сутки в разное время**
9. Через 6 месяцев у пациентки уровень HbA1c 7,1% на монотерапии метформином в дозе 2000 мг. Вы порекомендуете
 - **добавить к метформину ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа**
10. Целевой уровень 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 131

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.

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.

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

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

7,0

8. для лечения осложнений сах диабета и соп патологии показано лечение

аторвостатина, лозартана, инфапамиды

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

3

10. через 6 месяцев после начала терапии выявлен острый цистит. Пациентке необходимо

оставить прежнюю сахароснижающую терапию

11. Оценка микроальбуминурии, креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации при отсутствии изменений должна проводиться 1 раз в _____ месяца/месяцев

12

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

7%

Задача 132

к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 56 лет

жалобы на сухость во рту, жажду, избыточный вес

анамнез заболевания: росла и развивалась нормально. Работает бухгалтером. Перенесенные заболевания, операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия 2 года назад), гстационарный сахарный диабет, периодически повышение артериального давления, максимально до 165 и 100 мм рт ст, регулярной гипотензивной терапии не поучает. Беременности – 2, роды – 2 (масса тела детей при рождении 3400 и 4200). Наследственность: у матери – инфаркт миокарда в 64 года. Аллергоанамнез не отягощен. Часто употребляет хлебобулочные изделия. Шоколад, газированные напитки, жаренные и копченые мясные продукты

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. Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки?

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

Ожирение 1ст

4. Рекомендации данной пациентке по изменению образа жизни включают
низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

5. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____
%

7,0

6. В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается
метформин

7. Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)

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. Для лечения сопутствующей патологии данному пациенту показано назначение

эналаприла, нифедипина, аторвастатина

10. При снижении СКФ меньше 45 необходима коррекция дозы
метформина

11. Наблюдение пациентки с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку
альбуминурии

12. Кратность посещения врача-офтальмолога

1 раз в год

Задача 133

На приёме у врача-терапевта участкового пациент 43 лет.

Жалобы

на сухость во рту,; жажду; избыточный вес.

Анамнез заболевания

Около 3-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, с подросткового возраста имеет избыточную массу тела.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает системным администратором.

Перенесённые заболевания: 2 года назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления максимально до 175 и 105 мм рт.ст.), получает моксонидин 0,4 мг в сутки.

Наследственность: у отца – ожирение и сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питается нерегулярно, любит и часто употребляет фастфуд.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 176 см, масса тела – 113 кг, индекс массы тела – 36,5 кг/м², температура тела – 36,3°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 – 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 микроальбуминурию**
11. Данному пациенту рекомендовано проведение самоконтроля артериального давления
 - **2-3 раза в день Обоснование**
12. Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерны
 - **Микроаневризмы, мелкие интравитреальные кровоизлияния, твердые и мягкие экссудативные очаги**

Ситуационная задача 134

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

- 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: не отягощен.

- Вредные привычки: курит.

Анамнез жизни

- В течение трех месяцев после сильного психо-эмоционального стресса стала отмечать сердцебиение,

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

- тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4), свободный трийодтиронин (св.Т3) 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 недель/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

Ситуационная задача 135

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 39 лет.

Жалобы

на

- головные боли,
- слабость.

Анамнез заболевания

- 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.

Анамнез жизни

- 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.

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. Препаратом 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**

Ситуационная задача 136

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

- Росла и развивалась нормально.

- Работает преподавателем в ВУЗе.

- Перенесенные заболевания: детские инфекции

- Беременности — 2, роды — 2.

- Наследственность: не отягощена.

- Аллергоанамнез: не отягощен.

- Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни

- 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

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

Ситуационная задача 137

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 57 лет.

Жалобы

на

- похудание,
- плохой сон, раздражительность,
- сердцебиение,
- потливость.

Анамнез заболевания

- 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.

Анамнез жизни

- В течение полугода похудела на 4 кг, появились сердцебиение, потливость, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздражительной.
- В анамнезе — узловой 306 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.

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 сцинтиграфию 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

- 34 – 40

Ситуационная задача 138

Ситуация

На прием в поликлинику обратился
мужчина 45 лет

Жалобы

- На постоянное повышение артериального давления, максимально до 180/100 мм рт.ст., адаптирован к 150/80 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, головокружением, тошнотой, выраженную общую слабость, снижение работоспособности, увеличение массы тела с 95 до 120 кг за последние 8 месяцев, субъективное ощущение сужения полей зрения на обоих глазах, преимущественно в области верхних наружных квадрантов, без потери остроты зрения, снижение полового влечения, эректильную дисфункцию, постоянное чувство жажды(может выпивать до 5 литров воды в день)

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально.
- Работает программистом.
- Перенесённые заболевания, операции: отрицает.
- Наследственность: мать страдает гипертонической болезнью.
- Аллергоанамнез: аллергия на В-лактамы антибиотики.
- Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни

Повышение артериального давления впервые выявлено около года назад, когда в связи с возникновением симптоматики головной боли, головокружения и тошноты пациент вызвал бригаду СМП, врачом скорой помощи была дана рекомендация обратиться в поликлинику. Однако в связи с высокой занятостью пациент не обследовался, в дальнейшем периодически самостоятельно измерял АД, со слов пациента оно всегда было повышено, как правило, в пределах 150/80 мм рт.ст. Эпизоды выраженного повышения, до 180/100 мм рт.ст.,

возникали еще два раза на фоне эмоционального перенапряжения.

Пациент указывает, что всегда имел склонность к полноте, однако в течение последних 8 месяцев значительно прибавил в весе, что связывает с переездом от родителей, сменой режима и характера питания. Последние несколько месяцев стал отмечать снижение полового влечения, периодическое возникновение эректильной дисфункции. По настоянию жены обратился на консультацию к терапевту поликлиники.

1. Для постановки диагноза необходимо определить уровень/ни

- кортизона в слюне и утреннего адренокортикотропного гормона

2. Для постановки диагноза из инструментальных методов обследования необходимо провести

магнитно – резонансную томографию головного мозга с контрастным усилением

3. Какой основной диагноз?

- Объемное образование гипофиза. Болезнь Иценко – Кушинга. Симптоматическая АГ 3 степени, риск ССО очень высокий

4. Методом выбора в лечении АКГГ-зависимого эндогенного гиперкортицизма является

- эндоскопическая трансназальная аденомэктомия

5. В качестве гипотензивных препаратов у пациентов с болезнью Иценко-Кушинга не

рекомендуется использовать

- фуросемид и тиазидные диуретики

6. При болезни Иценко- Кушинга в качестве терапии первой линии могут быть использованы

- антагонисты рецепторов ангиотензина II и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

7. У пациентов с болезнью у Иценко-Кушинга при отсутствии гипокалиемии в дополнение к препаратам первой линии можно использовать

- блокаторы медленных кальциевых каналов

8. У пациентов с болезнью Иценко-Кушинга при наличии гипокалиемии в дополнение к

препаратам первой линии можно использовать

- антагонисты минералокортикоидных рецепторов

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

- болезненная гинекомастия

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

- отсутствие антиандрогенного эффекта

11. При условии стабильного у течения заболевания больные АГ эндокринного генеза наблюдаются участковым врачом-терапевтом, врачом-терапевтом цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейный врач), врачом-кардиологом и

врачом-эндокринологом _ раз/раза в год

- 2

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

- степенью риска сердечно – сосудистых осложнений

Ситуационная задача 139

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

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

Анамнез жизни

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.

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

- b2 – 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

Ситуационная задача №140

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

. пациент курит с 26 лет по 20 сигарет в сутки

- работает в офисе с документами

Анамнез жизни

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

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

- 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

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

рофлумастида (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

Ситуационная задача №141

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

пациентка курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день

. ранее работала переводчиком, в настоящее время не работает

. аллергоанамнез не отягощен

Анамнез жизни

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.

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

рофлумаил (даксас)

11. Необходимо предусмотреть вакцинацию против

гриппа

12. Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать в себя

Отказ от курения

Задача 142

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. все норм)

1. Из лабораторных методов исследования в первую очередь необходимо провести (выбрать 3)

общий анализ крови,
общий анализ мокроты,
бактериологическое исследование мокроты

2. Из инструментальных методов исследования в первую очередь необходимо проведение (выберите 2)

Рентгенография легких, с бронхолитической пробой
спирометрия

3. Какой предварительный диагноз?

Рак верхушки правого легкого. Хронический бронхит. ДН0

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с

ХОБЛ и туберкулезом

5. Пациенту требуется в первую очередь консультация

торакального хирурга, онколога

6. Стадийность процесса определяется

размером и распространением опухоли, наличием метастазов

7. После дообследования пациенту вероятнее всего будет показано назначение химиотерапии

8. Госпитализация пациенту

показана в отделение торакальной хирургии

9. После радикального лечения показано динамическое наблюдение с обследованием в течении первого года каждые

3 месяца

10. С помощью опухоляассоциированных 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 143

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, селезёнка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

1) Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза в первую очередь необходимо провести общий анализ крови

2) Из инструментальных методов обследования в первую очередь для постановки диагноза необходимо проведение 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 per os

7) Дополнительно к основному лечению при данном варианте течения показано назначение плазмафереза

8) Продолжительность противовоспалительной терапии при данном варианте течения заболевания должна составлять _____ мес. 1

9) Критерием излеченности является стабилизация клинических и рентгенологических признаков болезни после прекращения лечения в течение _____ мес. 3

10) Остроту течения заболевания в большей степени определяет интенсивность действия внешнего фактора

11) Основным средством профилактики заболевания является использование индивидуальных средств защиты

12) Поражение легких по типу альвеолита может вызывать амиодарон

Задача 144

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

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 145

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 146.

Ситуация

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 - 33,5 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 втором межреберье справа от грудины. ЧСС 85 ударов в минуту. АД 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

1. Биохимический анализ крови

Общий анализ мочи

2. ЭКГ в покое в 12 отв
3. Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск высокий
4. ГЛЖ
5. Ожирения
6. ЭХО-кг
7. Сочитании с назначением фиксированной комбинации двух антигипертензивных препаратов
8. Лизиноприл+амлодипин
9. Регулярные физические аэробные нагрузки
10. 120-130/70-79
11. Ограничение потербления поваренной соли
12. Проведение ежедневного домашнего самоконтроля арт давл

147. 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.Общий анализ крови, опеределение уровня НbА, глюкозы.....
2. стресс-метод визуализации миокарда
3. ИБС. Стенокардия напряжения 1 ФК
4. гипертонической болезнью 3 стадии, 2 степени, ожирением 2 степени, дислипидемией
- 5.антиагреганты, гиполипидемические средства, анг АПФ
6. В-адреноблок или блок Са
- 7.пролонгированных нитратов
- 8.75-150
9. 1,8 и 1,8
10. инг АПФ + недигидропиридиновый антогонист медленных Са
11. 2
12. врачом-терапевтом, врачом терапевтом цехового врачебного участка, врачом овп

Задача 148. 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.

На периодической повышение артериального давления, максимально до 200/180 мм рт ст, адаптирован к 140/80 мм рт ст

...

...

...

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

1. ОАК, креатинин, СКФ, анализ липидного спектра крови натошак.
2. Инвазивную коронароангиографию
3. ИБС. Атеросклероз коронарных артерий, до 75%. Стенокардия напряжения 3 ФК
4. ГБ 3 стадии, 3 степени, избыточная масса тела, дислипидемия, наследственность, длительный анамнез употребления табака
5. J44.9 – хобл неуточненный
6. Антиагреганты, шиполипидемические средства, инги АПФ
7. В-адреноблок или блокаторы медл Са каналов
8. Пролонгированных нитратов
9. 75-150
10. 1,5 и 1,5
11. Инг АПФ + селек В-адрблок
- 12.3 (в случае обострения или стабильного течения...)

Задача 149.

Женщина 65 лет обратилась на прием в поликлинику.

Жалобы на сильную, жгучую, распирающую боль в левой руке, распространяющуюся вниз до пальцев кисти, не связанную с движением левой рукой. Слабость, выраженное чувство нехватки воздуха на фоне незначительной нагрузки

Анамнез заболевания Боль впервые возникла около 20 минут назад на фоне выраженного психоэмоционального перенапряжения (поругалась с соседкой во время ожидания приема эндокринолога). С 2010 года пациентка наблюдается у терапевта по поводу периодически (редко) возникающих болей в области сердца на фоне чрезмерной физической нагрузки, а также зимой, при вдыхании холодного воздуха. Около 20 лет беспокоит повышение артериального давления, максимально до 180/90 мм рт.ст., адаптирована к 140/90 мм рт.ст. С 2008 года постоянно принимает назначенную терапию (бисопролол 5 мг, т ромбо-АСС 100 мг, аторвастатин 20 мг, валсартан 80 мг 1 раз). На фон терапии по цифрам артериального давления компенсирована (со слов). С 2014 года выставлен диагноз гипотиреоз, наблюдается у эндокринолога, получает заместительную гормональную терапию. Перенесенные инсульты и инфаркты отрицает.

Анамнез жизни росла и развивалась нормально. Работает поваром в школьной столовой. Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия по поводу ЖКБ от 2001 года; двухсторонний гонартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года; гистерэктомия по поводу миомы от 2003 года; аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз с 2014 года. Наследственность: сирота. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает

Объективный статус Состояние тяжелое. Отмечается выраженное беспокойство, пациентка возбуждена, не может найти себе место. Телосложение гиперстеническое, рост 1,55 м, вес 97 кг, индекс массы тела 40.37 кг/м². Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледно-розового цвета, пастозность голеней. При осмотре и пальпации левой верхней конечности патологических изменений, способных вызвать болевой синдром, не выявлено. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются более чем над 50% легочных полей. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, ЧСС 120 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

1) Для постановки диагноза через два часа необходимо выполнить количественный анализ уровня

тропонина Т

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

электрокардиография

3) Какой основной диагноз?

Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Предположительно поражение ствола левой коронарной артерии.

4) Состояние данной пациентки осложнилось

острой сердечной недостаточностью Killip III

5) Сопутствующий диагноз у данной пациентки звучит как гипертоническая болезнь

3 стадии, 1 степени, достигнутая на терапии. Риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий. Ожирение III степени. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. Двухсторонний гонартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года

6) Вы диагностировали у пациентки острый коронарный синдром с предположительным поражением ствола левой коронарной артерии, дальнейшая тактика заключается в обеспечении

незамедлительной (в пределах 90 минут) транспортировки пациентки в стационар, обладающий возможностью круглосуточного выполнения ЧКВ

7) Нагрузочная доза аспирина должна составлять ____ мг

250-500

8) Нагрузочная доза тикагрелора должна составлять _____ мг

180

9) Среди антикоагулянтов наиболее оправданным является назначение

низкомолекулярных гепаринов

10) Мероприятия, направленные на борьбу с отеком легких включают

обеспечение доступа кислорода

11) В качестве диуретического препарата для лечения отека легких используется

лазикс

12) Диспансерное наблюдение больных при осложненном ОКС осуществляется _____
до стабилизации состояния

4 раза в месяц

Задача 150.

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 амоксициллина/клавуланата+кларитромицина**
- 7. Предпочтительным путем введения препарата пациентке является парентеральный**
- 8. Критерием эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала будет являться снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки**
- 9. Антибактериальная терапия в случае ее эффективности у данной пациентки должна проводиться не менее 10 дней**
- 10. Повторное рентгенологическое обследование в случае благоприятного течения заболевания и клинических признаках эффективности проводимой антибактериальной терапии проводится через 2-4 недели**
- 11. Возможным осложнением данного заболевания, помимо деструкции легочной ткани и эмпиемы плевры, является острый респираторный дистресс-синдром**
- 12. К очевидным факторам затяжного течения пневмонии у пациентки, помимо наличия сопутствующих заболеваний и тяжелого течения пневмонии, относятся возраст старше 65 лет**

Задача 151.

мужчина 35 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом Жалобы

на повышение температуры тела до 38,80С, кашель с отделением небольшого количества «ржавой» мокроты, боль в правом боку при глубоком дыхании

Анамнез заболевания 2 дня назад сильно переохладился на зимней рыбалке. В ночь после этого почувствовал сильный жар, температура тела повысилась до 39,30С, принял 1 г ацетилсалициловой кислоты и уснул, ночью обильно потел. Утром самочувствие ухудшилось: появилась выраженная слабость, пропал аппетит, температура тела - 38,10С. Самостоятельно принимал комбинированные препараты от «простуды» (колдрекс, терафлю), однако самочувствие от этого не улучшалось, а температура тела лишь кратковременно снижалась до 37,80С, быстро повышаясь вновь. Пациента познанивало весь день, а к вечеру появились боль в боку и кашель с трудноотделимой мокротой ржавого цвета. На следующее утро вызвал врача на дом. Анамнез жизни хронических заболеваний нет не курит, алкоголем не злоупотребляет

профессиональных вредностей не имеет аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела 38,80С. Кожные покровы влажные, теплые, лихорадочный румянец на лице. Herpes labialis. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Справа ниже угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, там же выслушивается бронхиальное дыхание и крепитация. Справа по задней подмышечной линии выслушивается нежный шум трения плевры. ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня, мочеиспускание свободное.

Вопросы

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят **общий анализ крови**
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **обзорная рентгенография легких в двух проекциях**
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле справа**
4. Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в **амбулаторных условиях(на дому)**
5. Пациенту показано назначение **кларитромицина 0.5 г 2 раза в сутки**
6. Предпочтительным путем введения препарата данному пациенту является **энтеральный**
7. Повторный осмотр пациента для определения эффективности лечения необходим через **48-72 часа**
8. К критериям эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала относят **снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки**
9. К критериям прекращения антибактериальной терапии относят **стойкую нормализацию температуры тела в течение 48-72 часов**

10. В качестве симптоматической терапии данному пациенту показано назначение **муколитиков**

11. К возможным осложнениям данного заболевания относится **острый респираторный дистресс-синдром**

12. По условиям задачи очевидные факторы риска затяжного течения заболевания у пациента **отсутствуют**

Задача 152.

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

Жалобы на повышение т тела до 39,0

Слабость

Кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты

Инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке и в покое

....

....

...

объективный статус:

состояние средней тяжести. Вес 74 кг, рост 175 см, температура 38. Цианоз губ, кожные покровы горячие на ощупь, повышенной влажности. Чсс 110, ад 90/65 мм.рт.ст., сатурация 90

1.ОАК, общ анализ мокроты

2.рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях

Экг

3. внебольничная нижнедолевая пневмония с поражением правого легкого, тяжелое течение. ДН

4.CURB-65

5.инфильтративный туберкулез легких

6. в рит

7. амоксициллина клавунолат и макролид

8. НПВС

9. снижение температуры, 48-72 часа
10. респираторных фторхинолонов с цефалоспоридами 3 пок
11. внутривенным
12. легионелла spp.

Задача 153.

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

Кондитер

Курит в течение 25 лет по пачке сигарет в сутки, алкоголь не употребляет

Анамнез

Считает себя больным в течении 4 дней, когда после переохлаждения внезапно стала повышаться температура тела до 37.5....

Объективный статус :

Вес 94, рост 170, темп 38.3 чдд 20, чсс 100, ад 130/80

1. Оак
2. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
3. Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого нетяжелое течение
4. Интоксикационного синдрома
5. Опухоль легкого
6. Ингибиторозащищенные аминопенициллины
7. Ведение в амбулаторных условиях
8. Начинается как можно раньше после установления диагноза пневмония
9. Снижение т тела, уменьшение интоксикации улучшение общего самочувствия
10. Пересмотр тактики лечения и повторная оценка целесообразности госпитализации пациента
11. 7-10
12. Сонливость или беспокойство, спутанность сознания, анорексия, тошнота рвота

Задача 154.

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:

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.

Статус:

Средней тяжести. вес 78, рост 185, температура 38,5

1. Клинический анализ крови
2. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
3. Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле левого легкого нетяжелое течение
4. Туберкулез легкого
5. Аминопенициллины
6. Ведение пациента в амбулаторных условиях
7. НПВС
8. 48-72
9. Снижение темп тела
10. Микоплазма пневмония и хламидофилия пневмония
11. Аспирацией
12. Миокардит

Задача 155

Ситуация

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

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.

Анамнез жизни

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.

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 9х8х6см. Нижний край печени мягкий, острый, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Неврологической симптоматики нет.

Ответы:

1. БХ, ОАМ
2. ЭХОКГ
3. Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск очень высокий. Хроническая болезнь почек С4, А3
4. Гипертрофия левого желудочка
5. Гиперлипидемия
6. Узи сонных артерий
7. Сочетание с назначением комбинации двух антигипертензивных препаратов
8. Лизиноприл и фуросемид

9. Отказ от курения
10. 130-139/70-79
11. Ограничение поваренной соли
12. НПВС

Задача 156

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

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.

Ответы:

1. Развернутый анализ крови с определением гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитарной формулы. Липидограмма
2. ЭКГ покоя в 12 отведениях, нагрузочные пробы: велоэргометрия или тредмилл-тест, ЭКОКГ трансторакальная
3. ИБС: стабильная стенокардия напряжения 2 ФК
4. Курение
5. Неэффективности оптимальной медикаментозной терапии
6. Нитраты короткого действия
7. Бета-адреноблокаторы
8. 55-60
9. Аспирин в низких дозах 75-150 мг/сут
10. Эзетимиб
11. Невозможно
12. Каждые 4-6 мес

Задача 157

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

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.

Анамнез жизни

- 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.

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.

Ответы:

1. Определение уровня С реактивного белка. Определение антител IgA IgG к тканевой трансглутаминазе-2
2. Колоноскопия с биопсией слизистой оболочки при необходимости
3. Синдром раздраженного кишечника с диареей
4. Избегать прием пищи в спешке, в процессе работы
5. Спазмолитики
6. Лоперамида гидрохлорид
7. Диоктаэдрический смектит
8. Отягощенная наследственность
9. Ограничение употребления продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания
10. Не разработана
11. Бристольская шкала
12. Благоприятный

Задача 158

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

Вредные привычки: курит в течении 40 лет по 20 сигарет в день

Перенесенные заболевания и операции:

Анамнез жизни

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

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 159

Больная 73-х лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На одышку и учащённое сердцебиение при небольшой физической нагрузке (ходьба на 100 метров), отеки лодыжек

Анамнез заболевания

Курит в течение 40 лет в сутки по 5 сигарет в сутки

С 59 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин 500 мг/сут

Перенесённые заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 20-и лет

Анамнез жизни

С 37 лет отмечаются эпизоды повышения АД до 170/115 мм рт. ст.

В 65 лет перенесла инфаркт миокарды с Q зубцом, в последующем принимала ингибиторы АПФ, тромбо-АСС и кардикет

Настоящее ухудшение состояния на протяжении последних 1,5 лет, когда после повторного инфаркта без Q зубца стала отмечать появление одышки и учащённого сердцебиения при физической нагрузке; 6 месяцев тому назад к вечеру стали появляться отеки лодыжек

1. У больной с АГ и сахарным диабетом 2 типа оценить функцию почек можно посредством
 - Определения креатинина сыворотки, расчёта СКФ по формуле EPI, пробы Реберга
2. Обследование пациентки должно включать
 - ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ), мозговой натрий-уретический пептид
3. Причиной снижения толерантности к физической нагрузке у пациентки является
 - Хроническая сердечная недостаточность
4. Диагноз может быть сформулирован следующим образом
 - ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ГБ III ст, 3 ст. Сахарный диабет 2 типа. ХСН III ФК (NYHA), IIБ стадии. ХБП IIБ. Риск 4
5. Для исключения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) у больной с длительным стажем курения необходимо оценить
 - Модифицированный индекс Тиффно
6. Для лечения ХСН пациентке показано назначение бета-блокатора
 - Метопролола сукцината
7. Кроме бета-адреноблокаторов пациентке показаны
 - Ингибиторы АПФ
8. При невозможности назначения иАПФ, они могут быть заменены
 - Блокаторами рецепторов ангиотензина II
9. Пациентке с ХСН следует ограничивать применение
 - НПВС
10. Модификация диеты пациентки должна включать ограничение
 - Поваренной соли
11. Среди факторов сердечно-сосудистого риска у пациентки немодифицируемым является
 - возраст
12. Мероприятия по изменению образа жизни у данной больной должны включать
 - Регулярные дозированные физические нагрузки

Задача 160

Больной А. 44 года осматривался врачом-терапевтом участковым в поликлинике.

Жалобы

На головную боль в затылочной области, ощущение пульсации в голове, жара, головокружение, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

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.

Анамнез жизни

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.

1. Скрининговыми методами являются
 - Биохимический анализ крови
 - Общий анализ мочи
2. Необходимыми инструментальными исследованиями
 - ЭКГ в покое в 12 отведениях
3. Диагноз
 - ГБ 2 стадия, 2 степень, риск высокий
4. Поражения органов-мишеней
 - Гипертрофия левого желудочка
5. К метаболическим нарушениям
 - Ожирение
6. К дополнительным инструментальным методам
 - Эхокардиография
7. Тактика
 - Сочетание с назначением фиксированной комбинации 2 антигипертензивных препаратов
8. Предпочтительнее назначить
 - Лизиноприл+амлодипин
9. Немедикаментозные
 - Регулярные физические аэробные нагрузки
10. Целевые показатели
 - 120-130\70-79
11. Диета
 - Ограничение потребления поваренной соли
12. Контроль
 - Проведение ежедневного домашнего самоконтроля артериального давления

Задача 161

Больная К., 63 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На головную боль в затылочной и височной областях, учащенное сердцебиение, сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются
 - биохимический анализ крови с определением липидного профиля, глюкозы, гликированного гемоглобина, мочевины, креатинина, мочевой кислоты
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются
 - Стандартное ЭКГ в 12 отведениях
 - Эхокардиография
3. Какой диагноз можно поставить данной больной?
 - Гипертоническая болезнь, 3 степени, 2 стадии, очень высокий риск
4. К факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, у больной относится
 - гипергликемия
5. Сочетанным заболеванием у пациентки является
 - Сахарный диабет 2 типа, ожирение 1 ст.
6. Наиболее рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов для лечения пациентки является
 - иАПФ + антагонисты кальция
7. Группой лекарственных препаратов, которая обладает наиболее выраженной органопротекцией в лечении пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, является
 - иАПФ
8. Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является
 - гликозилированный гемоглобин
9. Стадия гипертонической болезни устанавливается на основании оценки
 - поражение органов-мишеней

10. Для второй стадии гипертонической болезни характерно наличие
 - гипертрофии левого желудочка
11. К органам-мишеням, которые поражаются при гипертонической болезни, относят
 - почки
12. Заболеванием, при котором может возникнуть симптоматическая артериальная гипертензия, является
 - гипертиреоз

Задача 162

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

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.

Анамнез жизни

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.

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 163

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

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.

Анамнез жизни

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.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются
 - Общий анализ крови
 - биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются
 - **Суточное мониторирование ЭКГ,**
 - **эхокардиография**
3. Какой диагноз
 - **ИБС: Стенокардия напряжения Пф.к**
4. К осложнениям основного заболевания у пациента относится
 - **ХСН II ф.к. по NYHA**
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 164

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

Росла и развивалась нормально. Работает учителем физики в школе. Перенесенные 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.

Анамнез жизни

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.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- определение алергоспецифических иммуноглобулинов Е к пыльцевым, бытовым и грибковым алергенам.

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 165

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

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.

Анамнез жизни

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.

1. Необходимым лабораторным методом исследования является
 - определение аллергоспецифических иммуноглобулинов Е 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 аллергоспецифических иммуноглобулинов Е к пищевым аллергенам

10. При аллергии 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 аллергической бронхиальной астмы, с уровнем общего иммуноглобулина Е 1200 МЕ, необходимо рассмотреть применение

- омализумаба

Задача 166

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

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.

Анамнез жизни

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.

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-anamnestических данных и проведённых исследований данной больной можно поставить диагноз
 - Бронхиальная астма впервые выявленная, аллергическая форма, персистирующая, средней тяжести течения
4. Для выявления спектра сенсibilизации у данной пациентки к необходимому лабораторному исследованию относится
 - определение аллергоспецифических иммуноглобулинов Е к пыльцевым, 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 сенсibilизации 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 167

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 63 лет

Жалобы

кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой, экспираторная одышка в покое, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке, общая слабость, повышенное потоотделение, субфебрильная температура, отеки голеней и стоп

Анамнез заболевания

пациентка курила на протяжении 28 лет по 1-1,5 пачки сигарет в сутки, работала в химической промышленности, в условиях воздействия органических веществ, в настоящее время не работает, аллергоанамнез не ОТЯГОЩЕН

Анамнез жизни

С детства пациентка часто страдала острыми респираторными заболеваниями, характеризовавшимися затяжным течением. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу повторных пневмоний. В течение последних 15 лет беспокоит постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, затем появилась одышка. В течение последних 1,5 - 2 лет возникли отеки на ногах. Лечение ранее не получала, к врачам не обращалась. Настоящее ухудшение около 1 недели назад, связано с ОРВИ, на фоне которой усилились кашель и одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты

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

- Клинический анализ крови
- цитологический анализ мокроты
- микробиологическое исследование мокроты

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

- функция внешнего дыхания
- рентгенография органов грудной клетки

3. Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики (выберите 3)

- электрокардиография
- трансторакальная эхокардиография
- пульсоксиметрия

4. У пациентки с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- пневмонией, обострением хронического бронхита, ХОБЛ

5. Основной диагноз можно сформулировать как

- Хроническая обструктивная болезнь легких III степени нарушения бронхиальной проходимости, с выраженными симптомами, в фазе обострения

6. Как осложнения основного заболевания у пациентки развились

- дыхательная недостаточность и правожелудочковая сердечная недостаточность

7. Причиной выявленных изменений в общем анализе крови служит развитие
 - вторичного эритроцитоза
8. Для лечения обострения заболевания необходимо назначить
 - бронходилататор короткого действия (беродуал) через небулазер
9. Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить
 - муколитический и антибактериальный препарат
10. После проведенного лечения у пациентки купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить
 - бета-адреномиметик длительного действия и М-холинолитик длительного действия
11. В качестве лечения осложнений основного заболевания необходимо назначить
 - длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
12. Необходимо предусмотреть вакцинацию против
 - гриппа

Задача 168

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое, эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение, тяжесть в правом подреберье, отеки голеней и стоп, слабость, повышенную утомляемость, уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

Рос и развивался нормально. Работал токарем. С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил. Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Анамнез жизни

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - клинический анализ крови
 - Биохимический анализ крови с определением электролитов...
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)
 - ЭКГ в покое
 - Эхо-КГ
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%. IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.
4. С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя
 - мозгового натрийуретического пептида
5. Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больному показано проведение
 - теста 6-минутной ходьбы
6. Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются
 - ингибиторами АПФ
7. Диетические рекомендации для данного больного должны включать
 - ограничение потребления соли и жидкости
8. Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов
 - диуретиков, антагонистов минералкортикоидных рецепторов
9. В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является
 - тяжелая декомпенсация ХСН
10. Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения
 - петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)
11. У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя
 - СКФ

12. При уменьшении явлений декомпенсации ХСН, но при сохраняющейся синусовой тахикардии данному пациенту со сниженной ФВ ЛЖ с целью уменьшения ЧСС противопоказано назначение

- верапамила и дилтиазема

Задача 169

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при небольшой физической нагрузке - ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону.

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

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

- клинический анализ крови
- биохимический анализ крови с определением ...

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

- ЭКГ в 12 отведениях
- Эхо-КГ

3. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больному может быть установлен диагноз

- ИБС: стенокардия IV ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска ССО. Атеросклероз коронарных артерий. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.
4. Изменением на ЭКГ, выявленным у данного больного, является
- полная блокада левой ножки пучка Гиса
5. Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются
- мужской пол, возраст
6. Наряду с устранением симптомов заболевания, основной целью медикаментозной терапии у данного больного является
- профилактика сердечно-сосудистых событий
7. С учетом сохранения приступов стенокардии малых нагрузок, несмотря на адекватную антиангинальную терапию, пациенту показано
- проведение диагностической коронарографии
8. Диетические рекомендации больного должны включать ограничение
- жирных сортов мяса
9. Основным средством коррекции дислипидемии у больного является прием
- статинов
10. Целевым уровнем ХсЛНП у больного, страдающего стабильной ИБС и принимающего статины, является
- 1,4 ммоль/л
11. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии являются
- короткодействующие нитраты
12. При невозможности назначения бета-адреноблокаторов (в связи с наличием противопоказаний) препаратами выбора для профилактики приступов стенокардии у больных ИБС являются
- верапамил и дилтиазем

Задача 170

Ситуация

Больная Ж., 73 лет, обратилась в поликлинику

Жалобы

- на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках,
- сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина,
- перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
 - Работала директором фабрики до 65 лет
 - Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец ХОБЛ.
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)
ЭКГ в 12 отведениях
Эхо-КГ
 3. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больной может быть установлен диагноз
ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий, перманентная форма. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. ХСН I ст., III ФК NYHA. Ожирение 2 ст.
 4. На ЭКГ у данной больной выявляется
Трепетание предсердий с неправильным проведением
 5. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются
Короткодействующие нитраты
 6. Терапия ИБС, страдающей гипертонической болезнью, и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами и бета-адреноблокаторами и статинами должна включать Ингибиторы АПФ
 7. Диетические рекомендации у данной больной, страдающей ИБС и сахарным диабетом
Ограничение насыщенных жирных кислот и легкоусвояемых углеводов
 8. Целевые значения ЛПНП у данной больной
Менее 1,4 ммоль/л
 9. У данной больной при назначении ей бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта
Гипогликемия\сокрытие признаков гипогликемии
 10. При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение
Чрезкожного коронарного вмешательства
 11. Для максимальной профилактики рестеноза на месте чрезкожного коронарного вмешательства у больной целесообразно использование
Стентов с лекарственным покрытием
 12. Неблагоприятным побочным эффектом коронароангиографии со стороны почек у больной с сахарным диабетом и гипертонической болезнью
Прогрессирование ХБП

Задача 171

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- Одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
- Слабость, повышенную утомляемость,
- сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

- Родился и развивался нормально, служил в армии
- Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет
- Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.

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)
ЭКГ в покое
Эхо-КГ
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% ПА, III ФК NYHA
4. Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у данного больного?
Признаки ГЛЖ
5. Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать
Блокаторы рецепторов ангиотензина II
6. Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов
Блокаторы рецепторов ангиотензина II+бета-адреноблокаторы+антагонисты минералокортикоидных рецепторов
7. Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН
Ограничение потребления соли и жидкости
8. Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии
Амлодипин
9. Побочный эффект, возникновение которого ожидаемо у данного больного на фоне терапии бета-блокаторами
Импотенция
10. Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН могут способствовать
Физические тренировки
11. Для объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу
ШОКС
12. Мероприятия по коррекции образа жизни, соблюдение которого не является обязательным для данного больного
Отказ от любых видов физических нагрузок

Задача 172

Ситуация

Больная З., 82 лет, поступила в кардиологическое отделение

Жалобы

- Боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- Одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, утомляемость,
- Сердцебиение.

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
 - Пенсионерка, в прошлом преподаватель ВУЗа
 - Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ
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)
ЭКГ в покое
Эхо-КГ
 3. Какой предполагаемый основной диагноз?
Основное: ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий.
Осложнения: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 40%, ПА ст., III ФК NYHA.
 4. Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у данной больной
Трепетание предсердий с правильным проведением
 5. Основной патогенетической терапией ХСН у данной больной является
Ингибиторы АПФ
 6. Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны
Новые оральные антикоагулянты
 7. Стратегия терапии нарушения ритма сердца у данной больной
Контроль ЧСС
 8. Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий
Сердечные гликозиды
 9. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала
CHADS₂VASc
 10. Диетические рекомендации для больной включают
Ограничение потребления соли и жидкости
 11. Наиболее вероятным механизмом появления систолического шума на митральном клапане у данной больной является
Относительная недостаточность митрального клапана
 12. Какой препарат, обладающий пульурежающим действием, противопоказан больной
Верапамил

Задача 173

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие при покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
 - Домохозяйка
 - Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец - раком легких.
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)
ЭКГ в 12 отведениях
Эхо-КГ
 3. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больной может быть установлен диагноз
ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.
 4. На ЭКГ у данной больной выявляется
Признаки гипертрофии левого желудочка
 5. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются
Короткодействующие нитраты
 6. Стандартная терапия ИБС, страдающей гипертонической болезнью, и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами и бета-адреноблокаторами и статинами должна быть усилена
Ингибиторами АПФ
 7. В пищевом рационе больной целесообразно увеличить содержание
Свежих фруктов и овощей
 8. Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови с определением
Уровня креатинина с расчетом СКФ
 9. Побочным эффектом, возникновению которого возможно у данной больной на фоне терапии бета-адреноблокаторами, является
Брадикардия
 10. Для уточнения диагноза ИБС при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке, необходимо проведение
Проб с дозированной физической нагрузкой
 11. В качестве дополнительного фактора риска неблагоприятного прогноза ИБС у данной больной следует рассматривать
Сахарный диабет
 12. В случае непереносимости бета-адреноблокаторов в качестве антиангинальных препаратов у данной больной могут быть использованы
Антагонисты кальция

Ситуация

Больной В., 53 лет обратился к врачу-кардиологу поликлиники

Жалобы

На сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок – быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально, служил в армии
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит
- Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет.
- Работает водителем-дальнобойщиком

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)
ЭКГ в 12 отведениях
Эхо-КГ
3. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больной может быть установлен диагноз ИБС: стенокардия напряжения I ФК. Ожирение I ст.
4. Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение Проб с дозированной физической нагрузкой
5. Тактика лечения данного больного должна включать Комбинированную терапию бета-блокаторам в адекватной дозе, аспирином, статинами
6. Доза аспирина, которую следует назначить данному больному составляет 75-100 мг/сут
7. Для уменьшения ulcerогенного эффекта аспирина, назначаемого пациенту с хроническим гастритом, рекомендуется Использовать ингибиторы протонной помпы
8. Коррекция рациона больного должна заключаться в Увеличении количества пищевых волокон
9. Препаратами выбора для коррекции дислипидемии у больного являются Статины
10. Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать у больного после начала терапии, является Повышение активности печеночных трансаминаз
11. Неинвазивным методом визуализации, который можно использовать для уточнения наличия и выраженности коронарного атеросклероза у больного МРТ-ангиография коронарных артерий
12. Для оценки суммарного сердечно-сосудистого риска смертельных осложнений в течение ближайших 10 лет у данного больного целесообразно использование шкалы

SCORE

Задача 175

Ситуация

Больной Б., 46 лет обратился к врачу в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, низкую толерантность к физическим нагрузкам – при быстрой ходьбе появляется чувство давления за грудиной и одышка, которые в покое проходят в течение 5-10 минут, периодические головокружения, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время отмечал изменения вкуса и обоняния.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, гепатит А, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает офисным служащим.

Питание полноценное, нерегулярное.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)
Клинический анализ крови
Уровень сывороточного железа
Уровень витамина В12 в сыворотке крови
Анализ кала на скрытую кровь
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
ЭГДС
Колоноскопия
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
Основной: железодефицитная анемия средней степени тяжести. Фон: Язвенная болезнь желудка вне обострения. Резекция желудка по Бильрот II по поводу желудочного кровотечения их язвенного дефекта (2015г)
4. Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного является проведенная несколько лет назад резекция и
Несоблюдение врачебных рекомендаций (пациент не принимал препараты железа)
5. Критерием для определения степени тяжести железодефицитной анемии является
Уровень гемоглобина
6. Для лечения данного больного необходимо назначить
препараты железа
7. Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является
Парентеральный
8. Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 3-5 сутки определяют
Количество ретикулов
9. Показаниями для парентерального приема препаратов железа являются нарушение всасывания (Различные энтериты...) и
Непереносимость оральных препаратов железа
10. Критерием эффективности лечения ЖДА препаратами железа
Нормализация концентрации сывороточного ферритина
11. Для анемического синдрома патогномичным симптомом является

- Тахикардия
12. Развитие анемического синдрома обуславливает
Гемическая гипоксия

Задача 176

Ситуация

Больной Б., 38 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время также стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет.

Питается нерегулярно.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
Клинический анализ крови
Исследование обмена железа
Анализ кала на скрытую кровь
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
ЭГДС
Колоноскопия
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
железодефицитная анемия легкой степени тяжести алиментарного генеза
4. Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного
Неполноценное питание
5. Критерием для определения степени тяжести железодефицитной анемии является
Уровень гемоглобина
6. Тактика ведения данного пациента обязывает назначить
препараты железа
7. Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является
Пероральный
8. Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 5-7 сутки определяют
Количество ретикулоцитов
9. Показаниями для парентерального приема препаратов железа являются
Резекция желудка и/или двенадцатиперстной кишки
10. Одним из основных принципов лечения железодефицитной анемии является
Долгое лечение пероральными препаратами железа
11. Патогномоничным симптомом для анемического синдрома является
Тахикардия

12. К симптомам, патогномичным для сидеропенического синдрома, относят
Сухость кожи, ломкость и выпадение волос

Задача 177

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 35 лет

Жалобы

- Похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон,
- сердцебиение,
- потливость.

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
 - Работает архивариусом
 - Перенесенные заболевания: инфекционный паротит
1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (т4), свободный трийодтиронин (Т3)
Антитела к рецептору тиреотропного гормона
 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
Ультразвуковое исследование щитовидной железы
ЭКГ
 3. Какой предполагаемый основной диагноз?
Диффузный токсический зоб 1 ст. по ВОЗ. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз.
 4. Перед назначением лечения пациентке необходимо исследовать биохимию крови с оценкой печеночных трансаминаз, билирубина и
Клинический анализ крови
 5. Пациентке необходимо назначить
Тиамазол 30 мг, анаприлин 12- мг в сутки
 6. Пациентка обратилась через 2 недели после начала терапии с жалобами на боль в горле и повышение температуры до 38,2. Тактика
Отмена тиамазола, срочном назначении клинического анализа крови
 7. Получены результаты клинического анализа крови: абс. Количество нейтрофилов – 0.4×10^9 . Тактика
Госпитализация
 8. Пациентка выписана из гематологического отделения в удовлетворительном состоянии, в клиническом анализе – нормальная формула крови, предъявляет жалобы на сердцебиение, потливость, дрожь в теле.
Необходимо направить на радикальное лечение
 9. При планировании хирургического лечения тиреотоксикоза операцию рекомендуется провести в объеме
Тиреоидэктомия
 10. После тиреоидэктомии пациентка получает 100 мкг левотироксина натрия, необходимо оценить уровень ТТГ через _ недель/недели после операции

- 6-8.
11. Для снижения риска развития эндокринной офтальмопатии следует рекомендовать
Отказаться от курения
 12. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после оперативного лечения диффузного токсического зоба составляют _ (в днях)
40-50

Задача 178

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 26 лет

Жалобы на

- Выпадение волос на голове,
- сердцебиение,
- потливость.

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
 - Является домохозяйкой
 - Перенесенные заболевания: детские инфекции
1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (т4), свободный трийодтиронин (Т3)
Антитела к тиреоидной пероксидазе и рецептору ТТГ
 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 1)
Ультразвуковое исследование щитовидной железы
 3. Какой предполагаемый основной диагноз?
Послеродовой тиреоидит, тиреотоксическая фаза.
 4. Пациентке необходимо
Динамическое наблюдение
 5. В качестве симптоматической терапии тиреотоксикоза пациентке могут быть назначены
Неселективные бета-адреноблокаторы
 6. Пациентка вернулась на прием через 4 месяца, после периода улучшения самочувствия появились сонливость, апатия. После обследования выявлено: ТТГ – 7,6 мЕд/л, Т4 – 18 (норма 10.8-22). У пациентки имеет место
Субклинический гипотиреоз
 7. Учитывая наличие субклинического гипотиреоза пациентке необходимо рекомендовать
Контроль ТТГ, Т4 св. в динамике
 8. ТТГ и Т4 свб. Необходимо проконтролировать через
3-6 месяцев
 9. Пациентка вернулась через 6 месяцев. Жалоб нет. При обследовании ТТГ 1.2, Т4 19.
У пациентки имеет место
Спонтанная ремиссия
 10. Послеродовой тиреоидит имеет
Аутоимунную этиологию

11. Заместительная терапия левотироксином натрия в случае субклинического гипотиреоза показана при повышении уровня ТТГ в крови более 10
12. Какую рекомендацию по употреблению йода можно дать пациентке с учетом диагноза и физиологической лактации?
200 мкг йодида калия ежедневно

Задача 179

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратился пациент 29 лет

Жалобы на

- Сухость кожи,
- сонливость.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально.
 - Работает водителем
 - Перенесенные заболевания: гепатит А в детстве
1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (т4), свободный трийодтиронин (Т3)
Антитела к тиреоидной пероксидазе и рецептору ТТГ
 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 1)
Ультразвуковое исследование щитовидной железы
 3. Какой предполагаемый основной диагноз?
Аутоиммунный тиреоидит с зобом 1 ст. Первичный субклинический гипотиреоз.
 4. Пациенту необходимо рекомендовать
Повторить ТТГ, Т4 св., через 3 месяца
 5. При повторном исследовании через 3 месяца ТТГ 12.1 (норма 0,4-4), Т4 св. 8.1. (норма 10.9-22). Пациентку необходимо назначить левотироксин натрия в расчетной дозе
125
 6. Контроль лечения проводится по уровню
ТТГ
 7. Определение уровня ТТГ необходимо провести через 8 недель
через 8 недель ТТГ и Т4 свб.
 8. При обследовании через 8 недель ТТГ 1.8, необходимо рекомендовать
Продолжить проводимую терапию
 9. Вследствие хронической передозировки левотироксина может развиваться
Остеопороз
 10. После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать
1 раз в год
 11. Исследование динамики содержания циркулирующих антител к щитовидной железе при аутоиммунном тиреоидите для оценки его прогрессирования

Не проводят

12. Прием антацидов может снижать абсорбцию левотироксина натрия в кишечнике, что потребует увеличения его дозы

Задача 180

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 37 лет

Жалобы на

- Сухость кожи,
- Сонливость,
- Ломкость ногтей, выпадение волос.

Анамнез заболевания

- Работает бортировщицей
 - Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 14 лет
 - Наследственность не отягощена
1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (t₄), свободный трийодтиронин (Т₃)
Антитела к тиреоидной пероксидазе и тиреоглобулину
 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 1)
Ультразвуковое исследование щитовидной железы
 3. Какой предполагаемый основной диагноз?
Аутоиммунный тиреоидит с зобом 1 ст. Первичный манифестный гипотиреоз.
 4. Пациентке необходимо рекомендовать
Левотироксин натрия из расчета 1,6 мкг\кг массы тела
 5. Контроль лечения проводится по уровню
ТТГ
 6. Определение уровня ТТГ необходимо провести не ранее, чем через
8 недель
 7. Целевым уровнем ТТГ на фоне заместительной терапии гипотиреоза является
0,4-4,0
 8. При повторном исследовании через 2 месяца ТТГ 7.1, пациентке рекомендовано
Увеличить дозу левотироксина
 9. Наиболее вероятной причиной олигоменореи при гипотиреозе является
гиперпролактинемия
 10. Вследствие хронической передозировки левотироксина может развиваться
остеопороз
 11. В случае наступления беременности у данной пациентки необходимо
Увеличить дозу левотироксина на 30%
 12. Вторичная профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в
Поддержании стойкого эутиреоза

Задача 181

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 55 лет

Жалобы на

- Сухость во рту,
- Общую слабость,
- Чувство онемения, зябкость в нижних конечностях.

Анамнез заболевания

- Не работает
 - Перенесенные заболевания: правосторонняя среднедолевая пневмония в 42 года
 - Наследственность не отягощена
1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
Глюкоза крови
Гликированный гемоглобин
 2. Какой предполагаемый основной диагноз?
Сахарный диабет 2 типа
 3. Для диагностики нарушения тактильной чувствительности необходимо
Последовательно прикасаться концом монофиламента к различным участкам кожи стопы
 4. По данным физикального осмотра у пациентки имеет место
Диабетическая нейропатия, сенсорный тип
 5. Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки
Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела.
 6. Рекомендации по данному пациенту по изменению образа жизни включают
Низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
 7. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является
7,0
 8. В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить
Метформин и гликлазид мв
 9. Необходим повторный контроль HbA1c через месяца
3
 10. Пациентка провела контроль гликированного гемоглобина через 6 месяцев, индивидуальная цель не достигнута, темп снижения <1,5%, необходимо добавить
Аналог инсулина длительного действия
 11. Оценка альбуминурии должна проводиться 1 раз в 12 месяцев
 12. Осмотр ног пациента с сахарным диабетом 2 типа должен проводиться
При каждом посещении врача

ЗАДАЧА 182

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы

Жалоб не предъявляет, пришла на диспансеризацию

- 1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (2)
 - глюкоза плазмы натощак
 - гликированный гемоглобин (HbA1c)
- 2) Какой предполагаемый основной диагноз?
 - Сахарный диабет 2 типа
- 3) Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки?
 - артериальная гипертензия 1 степени. Ожирение 1 степени
- 4) Рекомендации по изменению образа жизни включают
 - низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- 5) Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c -6,5
- 6) В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается
 - метформин
- 7) Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии не менее ____ раз/раза в сутки и один гликемический профиль в неделю
 - 1
- 8) Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в
 - инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина
- 9) Для лечения артериальной гипертензии пациентке показано назначение
 - энalapрила, нефедипина
- 10) Эффективности сахароснижающей терапии оценивается по ____ через 3-6 месяцев после начала лечения
 - гликированному гемоглобину
- 11) Для профилактики поздних осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня холестерина ЛНП < ____ ммоль/л
 - 1,4
- 12) Для профилактики микро- и макро-сосудистых осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня артериального давления ____ мм.рт.ст
 - >= 120 и 130/>=70 и <80

ЗАДАЧА 183

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 72 лет

Жалобы

На периодически возникающую сухость во рту

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

- 2) Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных исследований?
-сахарный диабет 2 типа
- 3) Пациенту выполнен расчёт СКФ – 43,3 мл/мин/1,73 кв.м. Для уточнения стадии поражения почек необходимо
-оценить соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи
- 4) Соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи – 550мг/г. Пациент имеет диабетическую нефропатию, хроническую болезнь почек на стадии -С3б, А3
- 5) У пациента имеется ____ риск сердечно-сосудистых осложнений
-очень высокий
- 6) Пациенту показана комбинированная сахароснижающая терапия ингибиторами ДПП-4 и
-гликлазидом МВ
- 7) Для достижения целевых значений артериального давления с учетом наличия хронической болезни почек к лечению необходимо добавить
-ингибиторы АПФ
- 8) Уровень холестерина ЛНП у пациента 2,8 ммоль/л, в связи с чем показано назначение
-аторвастатина
- 9) Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c<
-8,0
- 10) После начала сахароснижающей терапии необходим контроль HbA1c через ____ месяца
-3
- 11) Оценка уровня гемоглобина у пациента с хронической болезнью почек 3 стадии должна проводиться 1 раз в ____ месяца/месяцев
-6
- 12) Целевым уровнем артериального давления при хронической болезни почек в стадии А3 является ____ мм.рт.ст.
-<130/80

ЗАДАЧА 184

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 73 лет

Жалобы

-на сухость во рту, жажду, кожный зуд

- 1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (2)
-глюкоза плазмы натощак
- гликированный гемоглобин (HbA1c)
- 2) Какой предполагаемый основной диагноз?
-Сахарный диабет 2 типа

- 3) Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в
 - инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина
- 4) Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < 8,0
- 5) Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является -метформин и агонист рецептора ГПП-1
- 6) Отеки голеней и стоп могут быть побочным эффектом приема -нифедипина
- 7) У пациента выявлен уровень холестерина 6,1 ммоль/л. К лечению необходимо добавить -аторвастатин
- 8) Пациенту перенесшему острый инфаркт миокарда со стентированием более года назад показана ____ терапия
 - антиагрегантная
- 9) Необходим повторный контроль HbA1c через ____ месяца
 - 3
- 10) Пациенту, находящемуся на пероральной сахароснижающей терапии, рекомендуется проводить самоконтроль гликемии ____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
 - не менее 1 раза в сутки в разное время
- 11) Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку -альбуминурии
- 12) Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга основного заболевания составляем ____ раз в год
 - 1

ЗАДАЧА 185

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет

Жалобы

-на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, общую слабость, тошноту, однократную рвоту

- 1) Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (2)
 - экспресс-анализ гликемии
 - общий анализ мочи с определением кетоновых тел
- 2) Какой предварительный диагноз можно поставить данному больному?
 - Сахарный диабет 1 типа. Диабетический кетоацидоз
- 3) Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в
 - госпитализации в стационар

- 4) Пациент завершил стационарное лечение, выписан на инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < -6,5
- 5) Побочным эффектом инсулинотерапии является
-риск гипогликемии
- 6) Необходим повторный контроль HbA1c через ____ месяца
-3
- 7) Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови
-не менее 4 раз ежедневно
- 8) В клинической картине диабетического кетоацидоза часто развивается
-абдоминальный синдром
- 9) Основной задачей во время физической нагрузки является
-профилактика гипогликемии, связанной с физической активностью
- 10) Рекомендации по питанию при 1 типе сахарного диабета заключаются в
-общем потреблении белков, жиров и углеводов, не отличающемся от такого у здорового человека
- 11) Скрининг диабетической нефропатии у больных СД1 типа, заболевших в постпубертатном возрасте, с определением альбуминурии и скорости клубочковой фильтрации показан
-через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее – ежегодно
- 12) Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга сахарного диабета составляет ____ раз в год
-1

ЗАДАЧА 186

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

-на сухость во рту, жажду, онемение стоп, слабость в ногах, боли в ногах (преимущественно ночью)

- 1) Методами исследования, обязательными для постановки диагноза являются (2)
-оценка нарушений чувствительности
-определение сухожильных рефлексов
- 2) Какой диагноз можно поставить данному больному?
-Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нейропатия, сенсомоторная форма
- 3) Сопутствующей патологией у пациента является
-артериальная гипертензия 3ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 степени
- 4) Рекомендации по медикаментозному лечению осложнений сахарного диабета у пациента включают
-карбамазепин
- 5) Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c<

- 7,5
- 6) Для интенсификации сахароснижающей терапии назначается метформин в дозе 1000 мг 2 р/день и гликлазид МВ в дозе ____ мг 1 р/день
-60
- 7) Повторный контроль HbA1c необходим через ____ месяца
-3
- 8) Основой успешного лечения диабетической нейропатии является
-достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемии
- 9) Для исключения диабетической ретинопатии необходимо провести
-офтальмоскопию при расширенном зрачке
- 10) При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин у пациента с сахарным диабетом необходимо отменить
-метформин
- 11) Пациенты с диабетической дистальной нейропатией входят в группу риска развития
-синдрома диабетической стопы
- 12) Фактором риска развития ИБС при сахарном диабете является
-окружность талии >94 см у мужчин и > 80 см у женщин

ЗАДАЧА 187

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 65 лет

Жалобы

На эпизоды тошноты, потливости, чувства голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи

- 1) Для обследования пациенту необходимо назначить
-биохимический анализ крови
-гликированный гемоглобин
- 2) Какой диагноз можно поставить данному больному?
-сахарный диабет 2 типа. Гипогликемия
- 3) У пациента выявлена микроальбуминурия 70 мг/сутки, что соответствует диабетической нефропатии, хронической болезни почек. Учитывая СКФ – 61 мл/мин/1,73 кв.м., стадия ХБП
-2
- 4) Рекомендации по лечению сахарного диабета у данного пациента включают
-отмену глибенкламида и назначение ингибитора ДПП 4
- 5) Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c<
-7,5
- 6) Мероприятия по купированию гипогликемии у больных с сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, необходимо начинать при гликемии менее ____ ммоль/л
-3,9
- 7) Повторный контроль HbA1c необходим через ____ месяцев

-3

- 8) Рекомендации по профилактике гипогликемических состояний заключается в
-регулярном самоконтроле гликемии
- 9) К мероприятиям по купированию легкой гипогликемии относят
-прием 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов
- 10) При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин у пациента с сахарным диабетом необходимо отменить
-метформин
- 11) Пероральный глюкозотолерантный тест проводится при глюкозе плазмы натощак
-6,1-6,9
- 12) Фактором риска развития ИБС у пациентов с сахарным диабетом является
-окружность талии >94 см у мужчин и 80 см у женщин

188

Ситуация: на прием к участковому терапевту обратился пациент 71 года
Жалобы на: онемение стоп, снижение чувствительности стоп, боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров

Анамнез заболевания:

-Рос и развивался нормально.

- Пенсионер

- Перенесенные заболевания: ИБС.

Гипертоническая болезнь.

Максимальный подъем АД до 190/100

мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80

мм. рт. ст. Принимает гипотензивную

терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг утром

- Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.

- Аллергоанамнез: неотягощен.

- Вредные привычки: отрицает.

1. Выберите методы исследования обязательные для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета:

-пальпация периферических артерий

- доплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса

2. Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа, диабетическая дистальная сенсо-моторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

3. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени.

4. К терапии необходимо добавить?

Ацетилсалициловую кислоту, розувастатин

5. При развитии критической ишемии нижних конечностей пациенту необходимо проведение?

Реваскуляризации конечности

6. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1c < \_\_\_\_\_\_$? 8.0
7. Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить? Алоглиптин
8. При снижении СКФ < 45 мл/мин необходимо провести коррекцию дозы? Метформина
9. Необходим повторный контроль $HbA1c$ через $\_\_\_\_\_\_$ месяцев? 3-6
10. Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является? Ингибиторы ДПП-4 + метформин
11. В общей структуре заболеваемости сахарным диабетом на долю диабета 2-ого типа приходится $\_\_\_\_\_\_$ % случаев 90-95
12. Ежегодный офтальмологический осмотр должен включать обязательную $\_\_\_\_\_\_$ при расширенном зрачке? Офтальмоскопию

189

Ситуация: на прием к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 64 лет.

Жалобы: на сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
- пенсионерка
- В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 6 кг
- 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 175/105 мм рт ст). Получает периндоприл 8 мг, гипотиазид 12,5 мг, розувастатин 10 мг
- Перенесенные заболевания: холецистэктомия 10 лет назад, ОНМК по ишемическому типу 2 года назад
- Беременности — 4, роды — 2.
- Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 58 лет, у отца — рак прямой кишки.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Вредные привычки: отрицает.

Вопросы:

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования? Глюкоза крови, гликированный гемоглобин
2. Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных исследований? Сахарный диабет 2 типа
3. Пациентке выполнен расчет СКФ: $СКД-EPH-48,3$ мл/мин/ $1,73$ кв.м. Для уточнения стадии поражения почек необходимо? Оценить соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи

4. Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи составил 450мг/г. С учетом полученных данных обследования (СКД-ЕРІ-48,3 мл/мин/ 1,73 кв.м) у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек ? С3А, А3

5.Фактором риска развития сахарного диабета 2 типа является? Избыточная масса тела

6.Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и ? низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0.8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

7.Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c<___? 8.0

8.В качестве сахароснижающей терапии надо назначить? Вилдаглиптин и метформин

9.У пациентки уровень холестерина ЛНП-2,2 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений холестерина, показано? Увеличение дозы розувастатина

10.Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяцев? 3-6

11.Оценка альбумирурии/протеинурии должна проводится один раз в ____ месяцев? 12

12.Исследования гемоглобина, уровня железа, ферритина сыворотки крови у пациента с ХБП С3аА3 и СД 2 типа должно проводиться _____ раза в год? 2

Задача 190

Ситуация: на прием к врачу-терапевту участковому обратился пациент 32 лет.

Жалобы: на приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости, сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально.
- Автослесарь.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ
- Наследственность: у отца медулярный рак щитовидной железы
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: курит.

Вопросы:

1.К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят? Глюкозу плазмы натощак, метанефрины и норметанефриты в суточной моче

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

3. Необходимым для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются? КТ надпочечников

4.Какой диагноз можно поставить данному больному? Феохромоцитома. Нарушенная толерантность к глюкозе

5.Терапией выбора феохромоцитомы является? Левосторонняя адреналэктомия

6. В качестве предоперационной подготовки пациенту необходимо назначить?
Альфа-адреноблокаторы
7. Лечение нарушенной толерантности к глюкозе в данном случае заключается в?
Ограничении легкоусвояемых углеводов в рационе
8. У пациента есть риск развития интраоперационного осложнения в виде?
Неуправляемой гемодинамики
9. Пациенту была проведена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через _____ недели после операции?
2-4
10. Учитывая наследственность пациента по медуллярному раку щитовидной железы необходимо определить уровень ____ в крови? Кальцитонина
11. Функциональная топическая диагностика феохромоцитомы заключается в проведении сцинтиграфии всего тела с ? метайодбензилгуанидином
12. Феохромоцитома преимущественно секретирует? Адреналин

Задача 191

Ситуация: пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового

Жалобы: на дискомфорт и боль в правой половине эпигастриальной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время, тошноту натеощак, отрыжку кислым содержимым, общую слабость, снижение работоспособности, головную боль

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально
- Работает служащим в банке
- Наличие других хронических заболеваний отрицает
- Наследственность: у отца — инфаркт миокарда в возрасте 73 лет
- Курит по 1 пачке в день на протяжении 10 лет, алкоголь не употребляет
- Аллергологический анамнез не отягощен
- Прием каких-либо лекарственных препаратов, кроме антацидов, отрицает
- Часто употребляет в пищу копчености, шоколад, газированные напитки

Вопросы:

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются? Общий анализ крови, определение уровня общего железа сыворотки, ферритина
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является? Эзофагодуоденоскопия (ЭГДС) с проведением теста на инфекцию *Helicobacter pylori*
3. Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с инфекцией *H. pylori*, обострение

- 4.К неинвазивным методам определения H. Pylori относится? Дыхательный тест**
- 5.У пациента развилось осложнение в виде анемии? Железодефицитной, легкой степени тяжести**
- 6.Лечение основного заболевания включает? Проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии**
- 7. Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии первой линии включает кларитромицин в сочетании с? ИПП и амоксициллином**
- 8.Контроль эффективности эрадикационной антихеликобактерной терапии? Проводится через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии**
- 9.Основу лечения развившегося у больного осложнения составляет? Назначение препаратов железа**
- 10.Самым ранним (на 7-10 день) показателем эффективности лечения ЖДА препаратами железа является? Ретикулоцитарная реакция (повышение содержания ретикулоцитов) на 7-10 день терапии**
- 11.Для улучшения всасывания пероральных препаратов железа назначают? Аскорбиновую кислоту**
- 12.Осложнением, не характерным для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является? Малигнизация**

Задача 192

Ситуация: больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы: на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, отеки голеней и стоп, слабость, повышенную утомляемость, сухость во рту, жажду, дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально
- Работал мастером по металлу
- Вредные привычки отрицает
- Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Вопросы:

- 1.Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования? Биохимический анализ крови, натрийуретические пептиды**
- 2.Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются? ЭКГ в покое, эхо-кг**
- 3.Какой предполагаемый диагноз? ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ трехлетней давности). ГБ 3 стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. СД 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина < 8%. ХСНпФВ ЛЖ 46%, ПБст. ПФК NYHA**
- 4.Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение? HbA1c= 7,6%**
- 5.Препаратом выбора в лечении СД у данного больного, страдающего ХСН, является? Метформин**
- 6.В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и СД, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на? Ингибитор АПФ**

7.Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего СД, заключается в ? Замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

8.У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как? Гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии

9.Целевым показателем липидного обмена при сочетании СД и ССЗ является достижение ____ ммоль/л? ХС-ЛНП менее 1,8

10.К препаратам, применяемым у данного больного в качестве дополнения к ингибиторам АПФ с целью снижения риска госпитализации и смерти, относятся?
Бета-блокаторы

11.ОИМ в анамнезе, протекавший без «интенсивного болевого синдрома», но с выраженной одышкой и слабостью, может быть связан с наличием у больного?
Сахарного диабета

12.У данного пациента с ИБС, ХСН и СД, имеющего признаки повреждения печени (повышение сывороточных трансаминаз, дискомфорт и чувствительность при пальпации в правом подреберье, увеличение печени) при отсутствии маркеров вирусных гепатитов, в первую очередь необходимо обследование пациента для уточнения наличия? Неалкогольной жировой болезни печени

Задача 193

Ситуация: Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы: на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке, усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение, дискомфорт в правом подреберье, отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота, перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально
- Работал слесарем.
- Вредные привычки отрицает
- Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

Вопросы:

1.Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования? Натрийуретические пептиды биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

2.Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются? Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки

3.На основании жалоб, анамнеза, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования больному может быть установлен диагноз? ИБС: стенокардия напряжения 2ФК. Нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. CHA₂DS₂-VASc 3 балла (возраст, АГ, ХСН), HAS-BLED 1 балл. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35-37%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Асцит

4.Для оценки симптомов ФП целесообразно использовать шкалу ____ с дальнейшим указанием в диагнозе? EHRA

5. При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать? Диуретики
6. Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента _____, которые отсутствуют в ранее назначенной терапии? Ингибиторы АПФ
7. Основной целью приема дабигатрана у данного больного является профилактика? Тромбоэмболических осложнений
8. Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в ? Использовании торасемида или фуросемида во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг
9. Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является? Бисопролол
10. Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключается в? Регулярных физических нагрузках
11. К диетическим рекомендациям, выполнение которых НЕ целесообразно в отношении данного больного, относится? Обильное теплое питье
12. Сывороточным маркером, определение которого необходимо для расчета СКФ, является? Креатинин

Ситуационная задача №194

Ситуация

Мужчина 28 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы на изжогу, боли за грудиной, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении

-отрыжку кислым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков

-сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса

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 ? эзофагогастродуоденоскопии, РН-метрии

3. Какой предполагаемый основной диагноз? Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь :рефлюкс-эзофагит степени В

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с ? ИБС, хроническим бронхитом

5. У пациента присутствуют признаки ? Неосложненного течения

6. В качестве фармакотерапии необходимо назначить ? ингибитор протонной помпы

7. Ингибиторы протонной помпы необходимо назначить ? на срок в 4-6 недель

8. Из немедикаментозных методов лечения пациента применяют? Сон с приподнятым головным концом кровати, исключение нагрузки, повышающей внутрибрюшное давление

9. Госпитализация пациента в гастроэнтерологический стационар ? не проводится

10. Оценку клинической эффективности назначенного лечения и эзофагодуоденоскопию необходимо провести через? 1 месяц

11. Пациенту хирургическое лечение ? Не проводится

12. Активное диспансерное наблюдение пациента проводится 1 раз в год/года? 1

Ситуационная задача №195

Ситуация

Больная 28 лет обратилась в поликлинику

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

Анамнез заболевания

Росла и развивалась нормально

Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия
 Наследственность неотягощена
 Вредные привычки: не имеет
 Менструальные с 13 лет, обильные первые 3-4 дня, продолжительностью 5-6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка.
 Анамнез жизни
 Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.
 Объективный статус
 Состояние средней тяжести. Температура 37,2. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Печень и селезенка не увеличены

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят?

-клинический анализ крови обоснование
 -биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), ферритина сыворотки (ФС) и коэффициент насыщения трансферрина железом

2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят?

-фиброгастродуоденоскопию (ФГДС)
 -гинекологическое обследование: УЗИ органов малого таза обоснование

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести на фоне меноррагий, недавней беременности, лактации

4. Дифференциальный диагноз следует провести с?
 другими гипохромными анемиями (талассемия, сидеробластная анемия, анемия при отравлении свинцом (Рв))

5. К основным синдромам относятся?

• анемический и сидеропенический

6. Тактика ведения данной больной предполагает?
 ведение в амбулаторных условиях

7. К принципам ферротерапии относят назначение препаратов железа предпочтительнее?

перорально в достаточной суточной дозе 100-300 мг/сутки, длительностью лечения 3-6 месяцев и поддерживающей терапией

8. Лечебная тактика данной пациентки включает?

• лечебное питание, лечение железосодержащими препаратами

9. Эффективность назначенной терапии оценивается повышением гемоглобина на 10 г/л лечения? каждые 2 недели

10. Рекомендации пациентке для дальнейшей профилактики заболевания включают проведение поддерживающей терапии?

прием препаратов железа короткими курсами по 5-7 дней (100 мг/сутки) ежемесячно после менструации

11. Показаний к переливанию эритроцитарной массы у данной пациентки нет, так как?

при анемии средней степени тяжести показаний для гемотрансфузий нет

12. К биохимическим показателям, свидетельствующим о дефиците железа в депо относятся?

-ферритин сыворотки (ФС), коэффициент насыщения трансферрина Железом (КНТЖ)

Ситуационная задача №196

Ситуация

Больная 40 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На частые ноющие боли в правом подреберье через 1,5 часа после употребления жирной пищи и при иногда физической нагрузке (наклоны, быстрая ходьба), с иррадиацией под правую лопатку; на сухость, горечь во рту, метеоризм, запоры

Анамнез

заболевания

Росла и развивалась нормально.

Работает менеджером. Имеет 2-х взрослых детей.

Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные заболевания.

Наследственность: мать пациентки страдает артериальной гипертензией, желчнокаменной болезнью, ожирением.

Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Питание нерегулярное. В течение последних трех месяцев целенаправленно придерживалась диеты с целью снижения массы тела, похудела на 2 кг.

Анамнез

жизни

Считает себя больной около 4-х лет, когда стали беспокоить боли в правом подреберье после употребления жирной пищи и иногда - после физической нагрузки. К врачу не обращалась по данному поводу, лечилась самостоятельно, при боли принимала дротаверин с хорошим эффектом. Старалась ограничивать употребление жиров. Настоящее ухудшение в течение 4х дней (после дня рождения): после употребления большого количества жирной, жареной пищи появилась описанная выше боли, с приступами тошноты и чувством познбливания; отмечалось кратковременное повышение температуры тела до 37,3° С.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят?

общий анализ крови

общий

анализ

мочи

биохимическое

исследование

крови

2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят?

- ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей

-электрокардиографическое исследование

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Желчнокаменная

болезнь.

Хронический калькулезный холецистит с приступами билиарной боли

4 больной показана консультация? Хирурга

5. Показания к холецистэктомии включают?• острый холецистит, при котором не отмечается улучшения на фоне консервативного лечения, и его осложнения

6. В данной клинической ситуации обоснованными консервативными мероприятиями являются диета, ? прием спазмолитиков, также возможен прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты

7. Что верно в отношении опыта применения урсодезоксихолевой кислоты при желчнокаменной болезни? рецидивы в ближайшие 5 лет наблюдаются в 25% случаев

8. Оптимальный интервал ультразвукового контроля растворения желчных камней при лечении урсодезоксихолевой кислотой составляет_ мес?3-6

9. Основным методом хирургического лечения ЖКБ является?холецистэктомия

10. В отсутствие осложнений наблюдение пациентов с желчнокаменной болезнью осуществляется? терапевтом или гастроэнтерологом

11.Билиарная колика характеризуется признаками?захватывает эпигастральную область,

нередко возникает в ночные часы, быстро нарастает, достигая «плато», может сопровождаться тошнотой и рвотой

12. К факторам, предрасполагающим к образованию холестериновых камней, относят?• соблюдение очень низкокалорийной диеты, голодание.

Ситуационная задача №197

Ситуация

Больная 65 лет, пенсионерка, обратилась в поликлинику

Жалобы

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

Анамнез

заболевания

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия.

Наследственность неотягощена.

Вредные привычки: не имеет.

Анамнез жизни

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

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят?

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

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

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- В12-дефицитная анемия тяжелой степени

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

5. Тактика ведения данной больной предполагает?

- госпитализацию в отделение терапевтического профиля

6. Больная нуждается в неотложной помощи в виде?

- в/в переливания эритроцитарной взвеси

7. Дальнейшее лечение больной включает назначение?

- витамина В12 (цианокобаламина) по 500-1000 мкг в сутки в/м (П/К)

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

- 4-6 недель

9. Эффективность лечения витамином В12 оценивается развитием ретикулоцитарного криза на _-е сутки? 5-7

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

11. Патогномоничным признаком В12 дефицитной анемии является?

- мегалобластический тип кроветворения

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

Ситуационная задача №198

Ситуация

Больной Б. 36 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по

месту

жительства

Жалобы

На боль в эпигастральной области, умеренной интенсивности, возникающую через 20 - 30 мин после приема пищи, без иррадиации. Так же беспокоит частая отрыжка, срыгивание кислым, изжога, неприятный вкус во рту, чувство быстрого насыщения, плохой сон, периодически запор.

Анамнез

заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, острые респираторные инфекции.

Профессиональный анамнез: работает шофером на междугородных перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи, и длительные, еда всухомятку.

Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко (не более 200 мл крепких алкогольных напитков в неделю). Любит горячий крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, дочь здорова.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез

жизни

Считает себя больным около года. Ранее к врачу не обращался. При появлении боли и изжоги принимал антацидные препараты с положительным эффектом. Неделю назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось: вновь появилась боль в эпигастральной области после еды, отрыжка и изжога, в связи с чем обратился к врачу.

1. Необходимыми для постановки ^ диагноза лабораторными методами обследования являются?

- клинический анализ крови обоснование
- анализ кала на скрытую кровь

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются?

- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)
- исследование на инфекцию *Helicobacter pylori*
- УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря

3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- Хронический *Helicobacter pylori* ассоциированный гастрит в фазе обострения с синдромом диспепсии

4. Наиболее вероятной причиной развития данного заболевания послужило?

- инфицирование *Helicobacter pylori*

5. В случае исчезновения симптомов диспепсии после успешной эрадикации *Helicobacter pylori* и отсутствия клинических проявлений в течение 6-12 мес. пациента следует отнести в группу больных с ? диспепсией, ассоциированной с инфекцией

H. pylori

6. Тактика ведения в данной ситуации подразумевает назначение?

- схемы эрадикации *Helicobacter pylori* «первой линии»

7. Препаратами, входящими в трехкомпонентную схему эрадикации *Helicobacter pylori*, являются: ингибитор протонной помпы в удвоенной стандартной дозе, а также?

- кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки)

8. Контроль эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* проводится через? 4-6 недель

9. Инвазивным методом диагностики *Helicobacter pylori* является? Гистологический метод
10. Неинвазивным методом диагностики *Helicobacter pylori* является? уреазный дыхательный тест
11. В основе некоторых диагностических тестов для выявления *Helicobacter pylori* лежит способность этой бактерии вырабатывать фермент? уреазу
12. Приоритетным методом контроля эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является?
- уреазный дыхательный тест

Ситуационная задача №199

Ситуация

Больной М., 40 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участкового. Жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие через 30 минут после еды, отрыжку воздухом, тошноту после приема пищи. Боли без иррадиации, купируются приемом антацидных препаратов.

Анамнез заболевания

Пациент работает инженером, пищу принимает нерегулярно. Курит по 2 пачки сигарет в день на протяжении 15 лет, по праздникам употребляет спиртные напитки в умеренном количестве.

У младшего брата больного диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Анамнез жизни

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

1. Обязательным лабораторным методом обследования является? общий анализ крови обоснование
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является? эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки и определением обсемененности *H. pylori*
3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиниколабораторных и инструментальных методов обследования? Язвенная болезнь желудка в стадии обострения
4. Типичным осложнением, которое может возникнуть при данном заболевании, является? перфорация
5. К фоновому заболеванию, которое имеется у пациента, относится? хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией *Helicobacter pylori*
6. Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антихеликобактерную терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с? - кларитромицином и амоксициллином
7. Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет? 4-6 недель

8. В четырехкомпонентную схему ^ эрадикации *Helicobacter pylori* входит препарат?

- висмута трикалия дицитрат обоснование

9. Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка является?

инфицирование слизистой желудка *H. pylori*

10. Язвенное поражение слизистой желудка наиболее часто вызывает прием?

-аспирина

11. Болевой синдром при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке характеризуется?

- появлением боли через 1-1,5 часа после еды и в ночные часы

12. Наиболее точным неинвазивным методом диагностики инфекции *H. pylori* является?

- уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами ^{13}C или ^{14}C

Задача 200.

Больной Н. 32 лет обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на сжимающие боли в области сердца, возникающие при умеренной физической нагрузке, головокружения, повышенную утомляемость, одышку при обычной физической нагрузке

Анамнез заболевания настоящее ухудшение в течение последних двух недель после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции

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

- **общий анализ крови**
- **ревмопробы**

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

- **ЭКГ**
- **ЭХО-КГ**

3) Данному больному можно поставить диагноз:

- **хроническая ревматическая болезнь сердца**
комбинированный ревматический митрально-аортальный порок сердца -
митральная недостаточность и аортальный стеноз. ХСН IIa стадии, ПФК
NYHA

4) Причиной возникновения клапанных нарушений у данного больного является

- **ревматизм**

5) Систолический шум, выслушиваемый во II точке аускультации, является проявлением

- **аортального стеноза**

6) Систолический шум на верхушке, проводящийся в левую аксиллярную область, является проявлением

- **митральной недостаточности**

7) Тактика ведения больного включает лечение ХСН общепринятыми методами, а также

- **консультацию кардиохирурга для решения вопроса об оперативном лечении комбинированного митрально-аортального порока сердца**

8) Хирургическим методом лечения комбинированного порока сердца является

- **протезирование клапанов**

9) При проведении манипуляций в ротовой полости у больного с ревматическим пороком сердца за час до процедуры показано назначение

- **амоксциллина**

10) При проведении манипуляций на желудочно-кишечном тракте у больного с ревматическим пороком сердца за час до процедуры показано назначение

- **амоксциллина**

11) Риск развития инфекционного эндокардита у данного больного с ревматическим пороком сердца стратифицируется как

- **умеренный**

12) Больному с ревматическим пороком сердца проводится профилактика повторной ревматической атаки

- **бензатин бензилпенициллином**

Задача 201.

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

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

Анамнез заболевания Полгода назад перенес инфаркт миокарда. 2 недели назад появились 1.К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят

- **определение тропонинов I и T, КФК-МВ**

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

- **эхокардиография**
- **электрокардиография**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

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

4. В данной клинической ситуации пациенту показано проведение

- **коронароангиографии**

5. Астматический вариант инфаркта миокарда чаще развивается на фоне

- **повторного инфаркта миокарда**

6. Пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначение

- **β-блокаторов, дезагрегантов**

7. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

- **клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты**

8. В качестве антиангинальной терапии пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначить

- **нитраты, блокаторы кальциевых каналов**

9. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает

- **немедленную госпитализацию**

10. Противопоказанием к проведению тромболитической терапии в данной клинической ситуации

- **продолжительность болевого синдрома более 12 часов**

11. Перед выпиской из стационара данному пациенту необходимо проведение

- **ЭХО-КГ**

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

- **пожизненно**

Задача 202.

Больной Б. 52 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом

Жалобы

на интенсивные боли за грудиной «сжимающего» характера с иррадиацией в оба плеча, чувство нехватки воздуха, страха

Анамнез жизни

В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей при быстрой ходьбе. Самостоятельно принимал нитроглицерин под язык, что способствовало купированию приступов в течение 2-3 мин.

Эпизод длительного болевого синдрома около 3-х часов, прием нитроглицерина эффекта не оказал.

Анамнез заболевания

Рос и развивался нормально.

Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 65 лет.

Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет.

1. К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят

- **определение тропонинов I и T, КФК – MB**

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

- **электрокардиография**
- **эхокардиография**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному

- **ИБС. Инфаркт миокарда с зубцом Q, подъемом сегмента ST, в области передней стенки, межжелудочковой перегородки и верхушки левого желудочка, острый период**

4. В данной клинической ситуации пациенту показано проведение

- **коронароангиографии**

5. Кардиогенный шок у данного пациента следует диагностировать в случае

- **снижения САД ≤ 90 мм рт. ст.**

6. В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз следует проводить с

- **расслаивающейся аневризмой грудного отдела аорты**

7. Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение

- **1% раствора морфина гидрохлорида**

8. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

- **клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты**

9. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает

- **немедленную госпитализацию**

10. Абсолютным противопоказанием к назначению β -адреноблокаторов больным с инфарктом миокарда является

- **AV-блокада 3 степени**

11. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности в данном случае составляют _____ дней

- **90-120**

12. На основании клинических и морфологических признаков инфаркт миокарда у данного пациента будет считаться зажившим начиная с _____ суток

- **29**

Задача 203.

Больная З., 57 лет, юрист, обратилась к врачу-терапевту участковому

Жалобы на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, однократную рвоту, многократный жидкий стул, сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная утка, торт со взбитыми сливками), выраженная диарея, сохраняющаяся до 5 дней, при болях принимала но-шпу, мезим. Отмечает появление диареи при небольшой погрешности в диете, употреблении жирной жареной пищи, пирогов, обострения заболевания бывают 3-4 раза в год. В течение последнего года стала отмечать жажду и сухость во рту, диагностирован сахарный диабет. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после употребления жареной картошки с курицей появились опоясывающие боли в эпигастрии, возникла диарея до 7 раз в сутки, однократно была рвота съеденной пищей.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) ответ:

- **общий анализ крови**
- **биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина**

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

- **МСКТ органов брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости**

3. Какой диагноз можно поставить данной больной? ответ:

- **Хронический панкреатит, в стадии обострения**

4. К возможным осложнениям основного заболевания относится ответ:

- **псевдокисты**

5. Сочетанным заболеванием у пациентки является ответ:

- **гипертоническая болезнь**

6. Пациентке необходимо назначить ответ:

- **ферментные препараты**

7. Для коррекции гипергликемии больной показано назначение ответ:

- **инсулина**

8. Показателем определения компенсации сахарного диабета является ответ:
- **гликозилированный гемоглобин**
9. К выявленным синдромам у пациентки относится ответ:
- **внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы**
10. Наиболее вероятной причиной возникновения гипергликемии у данной пациентки является
- **панкреатогенный сахарный диабет**
11. К внепанкреатическим источникам гиперамилаземии и гиперамилазурии относят
- **болезни слюнных желез**
12. Препаратами выбора для лечения гипертонической болезни у данной больной являются
- **ингибиторы АПФ**

Задача 204.

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 205.

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 20 минут после еды**

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

- **исчезновение болей, слабость**

Задача 206.

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 эпигастриальной 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

Анализ крови на скрытую кровь

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования:

ЭГДС

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка

УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря

3) Какие дополнительные лабораторные методы исследования целесообразно выполнить больному

Исследование антител к париетальным клеткам желудка

Концентрацию витамина В

4) Какой предполагаемый диагноз

Хронический атрофический аутоиммунный 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 слабость, сниженная работоспособность, плохая переносимость физической нагрузки, мелькание мушек перед глазами и сильное сердцебиение послужило

Развитие анемического синдрома

7) Назначьте необходимое лечение

Полиферментные препараты

Инъекции витамина В12

8) Тактика лечения пациента с хроническим аутоиммунным гастритом, у которого развилась В12 дефицитная анемия обязывает назначение

Цианокобаламина 200 мкг в/м или в/в ежедневного в течение 1-2 недель, далее пожизненно (поддерживающая) – 100 мкг 1 раз в месяц в/м или в/в

9) При аутоиммунном гастрите снижение выработки соляной 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 В12 дефицитной анемии

11) Аутоиммунный гастрит значительно увеличивает риск развития

Карциномы желудка

12) При аутоиммунном гастрите атрофические изменения слизистой оболочки развиваются

В фундальном отделе желудка

Задача 207

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-гнойной 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 Clostridium defficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приема амоксиклава показано проведение

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

3. Пневмония может быть расценена как

- Внебольничная

4. Клинический диагноз может быть сформулирован следующим образом

- Внебольничная левосторонняя пневмония. Clostridium difficile—ассоциированная болезнь легкого течения

5. Для исключения/подтверждения развития у пациентки дыхательной недостаточности 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, в качестве препарата выбора второй линии целесообразно выбрать

- левофлоксацин

9. Для терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни лёгкого/среднетяжёлого течения показано назначение

Метронидазола

10. При неэффективности терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на

- ванкомицин

11. Длительность терапии пневмонии должна быть

- определена индивидуально

12. На фоне проведённой терапии через 14 дней лечения у пациентки отмечалась положительная динамика: температура тела не повышалась $>37,2^{\circ}\text{C}$, ЧД=16 в минуту, значительно уменьшились слабость, прекратилось отделение мокроты, в анализе крови лейкоциты=6,7 тыс/мкл, однако сохраняется кашель и при аускультации под левой лопаткой выслушивается небольшое количество влажных незвонких хрипов. При контрольной рентгенографии органов грудной полости — зона инфильтрации лёгочной ткани значительно уменьшилась в размерах, однако полностью не исчезла. Диарея не беспокоит в течение 8 суток. Дальнейшая тактика ведения пациентки должна включать

Прекращение лечения антибактериальными препаратами

Ситуационная задача 208

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 $37,5^{\circ}\text{C}$, 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 амоксиклава - 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 лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не

увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. К основным лабораторным методам обследования данного пациента относят А (выберите 2)

-клинический анализ крови

-общий анализ мокроты

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 209

ситуация

мужчина 75 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом

жалобы

на одышку при нагрузке, эпизодически боли в сердце, головокружение и предобморочные состояния

анамнез заболевания

- перенесенные заболевания: хронический гастрит
- не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имел

анамнез жизни

считает себя больным в течение последних пяти месяцев, предобморочные состояния появились около месяца назад. лечение не получал
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 mm pt.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 ацетилсалициловой 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 210

Ситуация

Мужчина 47 лет обратился К участковому врачу-терапевту

Жалобы

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

Анамнез заболевания

- хронических заболеваний нет

. Не курит, алкоголем не злоупотребляет

- профессиональных вредностей не имеет

- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

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 МVІН. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

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

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

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

- трансторакальное ЭхоКГ

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 III Класса пациенту может быть назначен А
раза в день

-сotalол по 80 мг 2

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

-катетерной абляции устьев легочных вен

Задача N 211

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость

Анамнез заболевания

- хронических заболеваний в анамнезе нет

. Не курит, регулярное злоупотребление алкоголем отрицает

- профессиональных вредностей не имеет

- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

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 А шкалу

-CHA2DS2VASc

7. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2VASc равна

- 0

8. Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических А 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 № 212

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 заболевания

- 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 жизни

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.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м². Носовое дыхание не затруднено. Небные

миндалины увеличены В размерах, не гиперемированы, видны беловатые образования в

лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO₂ 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются

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

- общий анализ мокроты
- общий анализ мочи

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 аллергопроб

6. В качестве фактора риска развития ОСНОВНОГО заболевания У данной пациентки можно выделить

- генетическую предрасположенность

7. Среди сопутствующих заболеваний можно выделить

- хронический тонзиллит и ожирение II степени

8. Базисная терапия ОСНОВНОГО заболевания предусматривает назначение

- 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

Ситуационная задача N 213

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На ноющие боли в области верхушки сердца

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает
- . Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имела
- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

Вышеуказанные жалобы стала отмечать в течение полугода. Периодически беспокоят ноющие боли в области верхушки сердца, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более 2 пролетов и проходят после 5-минутного отдыха

объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов

нет. ЧДД 14 В1 МVІН. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 В 1 мин, АД 175/105 ММ рТ. СТ.

живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования А относятся (выберите 3)

- регистрация ЭКГ в 12 отведениях
- трансторакальное ЭхоКГ
- нагрузочная проба под контролем (стресс-ЭхоКГ)

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3)

- клинический анализ крови
- определение уровня креатинина в крови
- исследование липидного спектра крови

3. жалобы пациента соответствуют клинической картине

- атипичной стенокардии

4. жалобы пациента ПОЗВОЛЯЮТ диагностировать стенокардию напряжения

-II функционального класса

5. Предвестная вероятность ИБС у данной пациентки

- промежуточная (15—65 %)

6. Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

- III стадии с артериальной гипертензией 2-й степени

7. Общий сердечно сосудистый риск у данной пациентки является А

-ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ

8. В качестве стартовой антиангинальной и антигипертензивной терапии можно назначить комбинацию

-бисопролола 5 ММ раз в день и периндоприла 5 мг 1 раз в день

9. Прием бета-адреноблокатора должен обеспечить снижение ЧСС В покое до

- 50—60 В 1 мин

10. При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС К терапии можно добавить

-нитросорбид 10 мг 2 раза в день

11. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше

-1,8 ммоль/л

12. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует назначить

-ацетилсалициловую кислоту 100 мг раз в день

Ситуационная задача N 214

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 CM, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД

16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, пульс 84 в 1 мин, АД при первом

измерении 175/100 ММ рТ. СТ., при повторном — 170/100 ММ рТ. СТ. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

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 рекомендация 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

Ситуационная задача N 215

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает.

- в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет.

- профессиональных вредностей не имела.

- аллергических реакций не было.

Анамнез жизни

Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов

нет. ЧДД 14 В1 ММН. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 В1 МВН, АД 165/95 ММ рТ. СТ.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования А относятся (выберите 3)

- нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)
- регистрация ЭКГ в 12 отведениях
- трансторакальное эхоКГ

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3)

- клинический анализ крови
- определение уровня креатинина в крови
- исследование липидного спектра крови

3. жалобы пациента соответствуют клинической картине

' типичной стенокардии

4. жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения функционального класса

- III

5. Предтестовая вероятность ИБС в данном случае

- промежуточная (15—65%)

6. результаты _____ позволяют констатировать у данного пациента высокий риск смерти

- стресс—эхокардиографии

7. Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

-III стадии с артериальной гипертензией 2—й степени

8. В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию А бисопролола 5 мг 1 раз В день и _____ раз(а) в день

-амлодипина 5 мг 1

9. Прием бета-адреноблокатора должен обеспечить снижение ЧСС В покое до _____

в 1 мин

- 50—60

10. При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС К терапии можно добавить ____ раза в день

-нитросорбид 10 мг 2

11. для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень хс лпнп не выше ____ ммоль/л

- 1,8

12. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует назначить ____ мг 1 раз в день

- ацетилсалициловую кислоту 100

Ситуационная задача N 216

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. Постепенно толерантность к физической нагрузке снижалась и в настоящее время одышка и ощущение сердцебиения

стали появляться при ходьбе на расстояние около 100 метров. Примерно полгода тому назад
больная отметила появление «подкашливания», которое не было связано с эпизодами острой респираторной инфекции; В последнее время сухой кашель стал носить постоянный характер В течение суток и иногда возникает по ночам. Месяц тому назад, при обращении с
вышеуказанными жалобами В поликлинику, состояние было расценено как хроническая сердечная недостаточность, развившаяся на фоне длительно существующей АГ, к терапии был добавлен фуросемид по 40мг/сут., однако улучшения состояния в течение месяца приёма
фуросемида отмечено не было. Пациентка направлена на стационарное лечение для установления причины прогрессирующей одышки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 95 кг. рост 170 см. ИМТ=32,9 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски и влажности. Костно-мышечная система - без видимой патологии. Отёков нет.

Периферические л/у не увеличены. Грудная клетка не деформирована. При аускультации лёгких дыхание несколько ослабленное, с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах,

на вдохе выслушиваются хрипы, по тембру напоминающие звук застёжки типа «молния» (Velcro). ЧДД 17 В ММН. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = пульс = 72 ударов в минуту, АД 125/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

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

- бодиппетизмографии

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. Выявление при гистологическом исследовании наряду с превалирующей картиной обычной интерстициальной пневмонии (ОИП) полиповидных разрастаний соединительной ткани в полости альвеол и респираторных

- бронхиол, у пациентки может быть расценено как морфологический маркёр

7. Окончательный клинический диагноз пациенту должен быть сформулирован На основании

- мультидисциплинарного обсуждения

8. пациенту В качестве базисной терапии показано назначение ^

-пирфенидона

9. При возникновении непереносимости препарата первой линии его можно заменить

- нинтеданибом

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

- острого ухудшения или развития одышки <1 месяца

11. В случае развития тяжёлой лёгочной гипертензии в качестве симптоматической терапии возможно назначение

- силденафина

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

- ФЖЕЛ на 25% через полгода

Ситуационная задача N 217

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

- Рос и развивался нормально
- Профессия: преподаватель
- . Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия.
- Наследственность: у матери — бронхиальная астма, дядя болел туберкулезом.
- Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно
- Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

- 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 течение 14 дней

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 64 кг, рост 175 см. Температура 37,9°C. Кожные покровы

и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Отмечается усиление болезненности при перкуссии в надбровной области справа. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка — правильной формы. Справа в межлопаточной области притупление перкуторного звука. Над этой же областью выслушиваются звонкие влажные и крепитирующие хрипы, дыхание ослаблено. Над остальной поверхностью легких -

перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.
ЧДД 18

в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

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 812 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, C. pneumoniae, H. influenza, S. aureus

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-гнойной

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 218

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился к участковому терапевту

Жалобы

на сжимающие за грудиной боли, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более, чем на один этаж. Боли вынуждают прекратить нагрузку, после чего проходят в течение нескольких минут.

Анамнез заболевания

хронические заболевания отрицает.

- в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имел
- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

Ранее со слов пациента заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Ухудшение в самочувствии отмечает около месяца, когда стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера при непривычных физ. нагрузках. За все время боли беспокоили 5-6 раз.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, грубые

систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром во втором межреберье справа от грудины. Шум проводится на сосуды шеи и не проводится в левую подмышечную область. ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы:

- 1) Жалобы соответствуют: Типичной стенокардии
- 2) Функциональный класс: 2
- 3) Предтестовая вероятность: Высокая
- 4) Результаты объективного: Стеноз аортального клапана
- 5) Обследования: ЭКГ, ЭХОКГ
- 6) По данным эхо КГ: небольшой стеноз и небольшая недостаточность
- 7) Для оценки показ к опер леч: Пробу с физ нагр
- 8) Показано: реваскуляризация миокарда
- 9) Для профил: Ацетилсалицилат
- 10) Уровень ХС ЛПНП не выше: 1,8
- 11) Стартовая антиангин тер: бисопролол 5 мг
- 12) ЭхоКГ не реже 1 раза в: 5 лет

Задача 219

Ситуация

Мужчина 57 лет обратился к участковому терапевту

Жалобы

На момент визита к врачу жалоб нет, самочувствие удовлетворительное.

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает, изжоги, тошноты, болей в животе и расстройств стула прежде не отмечал.
- курит, алкоголем не злоупотребляет профессиональных вредностей нет
- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

Ранее, со слов пациента, заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Около 3—х дней назад после ужина отметил ухудшение в самочувствии, когда стали беспокоить тошнота и боли в эпигастриальной области. Была однократная рвота съеденной пищей, не принеся облегчения. Боли, нарастая и убывая, сохранялись на протяжении нескольких часов, затем стихли. На следующий день боли не возобновлялись, но отмечал слабость и общее недомогание. Сегодня утром, несмотря на нормальное самочувствие, решил обратиться к врачу.

Объективный статус

Общее состояние

удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 64 31 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптомы Менделя, Мейо-Робсона и Грекова-Ортнера отрицательные.

Вопросы:

- 1) В первую очередь: ЭКГ
- 2) На ЭКГ: ИМ нижнего
- 3) Время: ИМ острый
- 4) Killip: 1
- 5) Неотложка: Разжевать таблетку 250 мг АСК
- 6) Реперфузия: не показана
- 7) Принимать АСК 75-100 мг: неопределенно долго
- 8) Двойная антиагрегация: в течение года
- 9) Рекоменд комбинация: АСУ и клопидогрел
- 10) Высокодозы статинами: отсутствие противопоказаний
- 11) Для уточнения показаний к назначению Б-АБ и иАПФ: ЭхоКГ
- 12) При отсутствии противопоказаний: Желательным 2а

Задача 220

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к участковому врачу—терапевту

Жалобы

на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по несколько раз в день
Анамнез заболевания - хронических заболеваний нет не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

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

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 65 кг. Кожа обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Пульс ритмичный, 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. При аускультации сердца в области верхушки выслушивается очень громкий первый тон и третий тон, следующий сразу за вторым.

При аускультации в положении пациента на левом боку в области верхушки выслушивается негромкий диастолический шум, начинающийся сразу за третьим тоном и усиливающийся непосредственно перед первым тоном. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы:

- 1) Описание аускультации: митрального стеноза
- 2) К необходимому: ЭхоКГ, Холтер, ЭКГ в 12 отведений
- 3) При ЭХО ревматический митральный порок: Тяжелый стеноз и небольшая недостаточность
- 4) На ЭКГ признаки гипертензии: Правого желудочка
- 5) Холтер: фибрилляция предсердий
- 6) Фибрилляция предсердий: пароксизмальная
- 7) Результаты ЭКГ считать аритмией: клапанной
- 8) Риск тромбоэмболии осложненной: Считать высоким
- 9) Для профилактики тромбоэмболии: варфарин
- 10) Для профилактики рецидивов фибрилляции: 1 и 3 классы
- 11) Из препаратов 3 класса: соталол 80 мг 2 р/д

12) Показано: опер леч митр стеноза

Задача 221

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.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Плечевые суставы не изменены, Движения в них безболезненные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный.

Вопросы:

- 1) Для выявления угрозы жизни заболел в первую очередь: ЭКГ в 12 отв
- 2) На ЭКГ: ИМ распространенного переднего
- 3) Время прошедшее от начала : ИМ острый
- 4) ПО КИЛЛИП : 1
- 5) Реперфузионная терапия: Возможна, путем ЧКВ
- 6) В случае имплантации стента антитромбоцит терапия: АСК и тикагрелора
- 7) При отсутствии противопоказаний двойную антитромб: 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 выпол: ЭхоКГ
- 12) Назначение Б-АБ является: обязательным

Задача 222

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы на эпизоды сердцебиения, возникающие по несколько раз в день

Анамнез заболевания хронических заболеваний нет

- не курит, алкоголем не злоупотребляет

- профессиональных вредностей не имеет

- аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 52 кг.

Температура тела 37,1°C. Кожные покровы влажные, теплые. Периферических

отеков нет. Зев не гиперемирован, миндалины не

увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца

ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 96 в 1 мин, АД при первом

измерении 150/70 мм рт. ст., при повторном — 135/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы:

1)Необходимым для пост д-за: Холтер, ЭКГ

2)Для искл кардиальных причин: ЭхоКГ

3)Для исключения внекардиальных причин: Тиреоидных горм, калия.

4)Выявленное нарушение ритма является: ФП

5)ФП следует рассматривать как: пароксизмальную

6)Результаты позволяют считать что аритмия: следствием заболевания ЩЖ

7)Для оценки риска тромбоэмб осложн использовать шкалу: CHA2DS2-VASC

8)Оценка по шкале CHA2DS2-VASC: 0

9)К полному прекращению пароксизмов ФП: нормализация тиреоидного статуса

10)До нормализации тиреоидного статуса следует назначать: Б-АБ

11)Если после нормализ тиреоидного статуса ФП сохраняется: антиаритмики 1 и 3 класса

12)После нормализ тиреоид статуса можно назначить: соталол 80 мг 2 раза в день

Задача 223

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.

Объективный статус

Состояние средней тяжести.

Рост 156 см, масса тела 78 кг.

Кожные покровы сухие,

гиперемия щек, выраженный

цианоз губ и кистей рук. Отеки

голеней и стоп. Дыхание

жесткое, в нижних отделах с

обеих сторон незвонкие
мелкопузырчатые хрипы. ЧДД
20 в 1 мин. Тоны сердца
аритмичные, на верхушке
выслушивается хлопающий |
тон и дополнительный тон
открытия митрального клапана.
ЧСС 118 в 1 мин, пульс 102 в 1
мин, АД 120/80 мм рт. ст.
Живот мягкий,
безболезненный. Печень
выступает из-под края
реберной дуги на 1 см.

Вопросы:

- 1) Аускультативная картина: митрального стеноза
- 2) Функциональный класс: 2
- 3) Стадия ХСН : 2б
- 4) необходимые методы: ЭКГ , ЭхоКГ
- 5) При ЭхоКГ: тяжелый стеноз и небольшая недостаточность
- 6) На ЭКГ гипертрофия : правого желудочка
- 7) ФП: впервые выявленная
- 8) Риск тромбоэмбол осложнений: считать высоким
- 9) Для профилактики: варфарин
- 10) Для уменьшения чсс: Б-АБ
- 11) Для уменьшения застойных явлений диуретики
- 12) Больной показано: оперативное лечение митрального стеноза

Задача 224

Ситуация

Мужчина 57 лет обратился к
врачу—терапевту участковому

Жалобы

на сжимающие загрудинные
боли, которые возникают при
спокойной ходьбе на
расстояние до 100 м и проходят
через несколько минут после
прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания
хронические заболевания
отрицает.

- не курит, алкоголем не
злоупотребляет
- профессиональных
вредностей нет
- аллергических реакций не
было

Анамнез жизни

Загрудинные боли впервые появились сегодня утром и на протяжении дня несколько раз повторялись.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 95 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в' мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы:

- 1) Жалобы соответствуют: стенокардии напряжения
- 2) Функц класс: 3
- 3) Анамнез позвол считать стенокардию: впервые выявленной
- 4) На основании клин данных: острый коронарный синдром
- 5) Пациента следует: немедленно госпитализировать
- 6) Неотложная помощь: 250 мг АСК
- 7) Для уточнения диагноза : ЭКГ, Тропонины
- 8) Результаты позволяют диагностировать: Инфаркт миокарда
- 9) Риск летального исхода: высоким
- 10) Коронароангиография в первые: 24 часа
- 11) Двойная анти тромботическая терапия показана: всем больным при отсут противопоказаний
- 12) Двойная анти тромб терапия в течение: 1 года

Задача 225

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

- Рос и развивался нормально.
- Студент ВУЗ.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции.
- 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.

Проживает в отдельной
квартире.

Анамнез жизни

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

Объективный статус

При осмотре кожные покровы
обычной влажности и цвета.

Зев обычной окраски, не
гиперемирован. Носовое
дыхание не затруднено.

Пимфоузлы, доступные для
пальпации, не увеличены

Температура тела 38,4° С В
легких хрипов нет, дыхание
везикулярное, ЧДД 20 в
минуту. Тоны сердца ясные,
аритмичные, ЧСС 86 в минуту,
АД 110/70 мм рт. ст. Живот
мягкий, безболезненный при
пальпации. Печень по краю
реберной дуги. Отеков нет.

Вопросы:

- 1) Необходимые методы: ОАК, ОАМ, С-реактивный
- 2) Для диагностики осложнений: пульсоксиметрия, Рентген ОГК
- 3) На основании данных можно предположить: Грипп
- 4) Специфическая лаб диагностика: Смывы из полости носа и ротоглотки
- 5) Оптимальный срок забора материала: в течение 3 сут после манифест
- 6) Этиотропное лечение: осельтамивиром
- 7) Противовирусные препараты назначаются: не позднее 48 ч после манифест
- 8) Осельтамивир: 75 мг 2 р/д 5 дней
- 9) К против препаратам с прямым противовирус действием: Осельтамивир и Занамивир

10) Данному пациенту госпитализация: не показана

11) Критерии оценки тяжести гриппа: лихорадка, проявление интоксик, сист АД, ЧДД

12) В качестве специф профилактики: провед вакцинации живыми, инактивированными вакцинами из эпид актуальных штаммов

Задача 226

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

- 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.

Анамнез жизни

Заболел остро накануне днем.

Принимал парацетамол с незначительным

положительным эффектом

(отметил временное снижение температуры тела).

Обратился к участковому

терапевту в связи с

вышеуказанными жалобами.

Объективный статус

При осмотре температура тела

39°C. Кожные покровы

обычной влажности и цвета.

Зев обычной окраски, не

гиперемирован. Носовое

дыхание не затруднено.
Лимфоузлы, доступные для пальпации, не увеличены. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 25 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Вопросы:

- 1)Необходимыми для пост диагноза: ОАК, ОАМ, Мазки со слиз оболочки и задней стенки
- 2)Для диагностики осложнений: Пульсоксиметрия, Рентген ОГК
- 3)На основании данных: Гриппа вызванного вирусом типа В, типичной формы, средней степени тяжести
- 4)Критерии оценки тяж: Лихорадка, проявление интоксик, сист АД, ЧДД
- 5)Оптимальный срок забора материала: в течение 3 сут после манифест
- 6)Этиотропное лечение: осельтамивиром
- 7)Противовирусные препараты назначаются: не позднее 48 ч после манифест
- 8)Препараты адамантадинового ряда: не рекомендуется
- 9)К противовирус препар с прямым противов действием: занамивир
- 10)Данному пациенту госпитализация: показана учитывая возраст старше 65 лет и среднетяжелое течение
- 11)Средняя степень тяжести гриппа: от 38,6с до 39,5с , пульсе 90-120, сист АД менее 110 мм рт ст
- 12)В качестве специф профилактики: провед вакцинации живыми, инактивированными вакцинами из эпид актуальных штаммов

Задача 227

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

Рос и развивался нормально
Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия, грыжесечение по поводу паховой грыжи слева.
Наследственность: неотягощена.

Вредные привычки: курит,
злоупотребление
алкогольными напитками (пиво,
вино)
Сопутствующая патология:
страдает 3 года артериальной
гипертензией, с
максимальными подъемами АД
до 180/110 мм рт.ст.,
постоянной терапии не имеет.

Анамнез жизни
Считает себя больным около 3-
х лет, когда впервые появились
интенсивные боли в первом
пальце левой стопы,
покраснение кожи,
ограничение в движении.
Самостоятельный прием
анальгетиков 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.
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
ла||ыз \a|9из, сочетающиеся с

припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами.

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

Вопросы:

- 1)Необходимым для постановки диагноза: Биохим 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: ХБП и ССЗ
- 5)Основная терапия включает: нимесулид 200 мг внутрь или колхицин: в 1 день 1,5 мг(1,0 мг и через час еще 0,5мг), 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 триампсиналона ацетанида 10 мг
- 8)Для длит лечения больных с хрон подагрой: Аллопуринол 50 -100мг с послед увеличением по 50-100 мг каждые 2-4 нед
- 9)Для длит лечения больных с хрон подагрой осложнившейся ХБП 3б, назначают: фебуксостат 80 мг 1 раз в день внутрь
- 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 228

Ситуация

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

Жалобы

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 подъёме на 1 лестничный пролет, что вынуждает его остановиться и отдохнуть. Иногда к вечеру возникает умеренная отечность ног. Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работа в офисе. Малоподвижный 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 не отягощен. Анамнез жизни

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 у эндокринолога, принимает: гликлазид 60 мг и метформин 1500 мг в сутки, уровень гликозилированного гемоглобина 2 месяца назад составил 6,8%. Одновременно с 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. Повышения АД не отмечалось. При детальном расспросе выяснено, что примерно полгода назад после выраженной гипогликемии с уровнем глюкозы крови 2,5 ммоль/л (пациент принял сахароснижающие лекарства и опаздывая на работу не успел поесть) к вечеру возникла выраженная слабость, холодный липкий пот (уровень гликемии при этом был в норме). На следующий день при незначительной нагрузке возникала одышка и выраженная слабость. Данное плохое самочувствие пациент объяснил низким АД, которое ему не было свойственно, в те дни АД составляло 95/65 - 110/70 мм.рт.ст. Пациент взял отпуск на неделю и «отлежался дома», много отдыхал, сильно ограничил свою физическую активность. Постепенно состояние его улучшилось, повысилась толерантность к физической нагрузке, однако одышка сохранилась.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6°С. Больной гиперстенического телосложения. Рост 180 см, вес 90 кг, ИМТ 27,78 кг/м², объём талии 109 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие,

высыпаний нет.
Периферических отеков нет.
Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна.
Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, с небольшим притуплением в нижних отделах. При топографической перкуссии — границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные влажные хрипы. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 94 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 135/85 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Вопросы:

- 1) Выберите необходимые лабораторные: Глюкоза крови натощак, гликозилированный гемоглобин, клинический анализ крови, липидный спектр крови
- 2) Выберите инструмент: ЭКГ, ЭхоКГ, Рентген ОГК
- 3) Основным заболеванием на основании результатов: ПИКС
- 4) Типичными признаками ХСН: одышка, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка, снижение толерантности к нагрузкам, слабость и утомляемость, увеличение в объеме лодыжек
- 5) Как дополнительное лабораторное исследование: определение уровня натрийуретических гормонов
- 6) Противопоказанием к физической реабилитации при ХСН: Активный миокардит, стенозы клапанных отверстий, цианотичные врожденные пороки
- 7) Помимо назначения из группы статинов: иАПФ + Б-АБ+ АСК+ сахароснижающие препараты
- 8) Критерием адекватности дозировки Б-АБ: 60-110
- 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 1,5
- 12) Противопоказанием к назначению Б-АБ будут: бронхиальная астма, симптомная брадикардия (менее 50), симптомная гипотензия (менее 85), АВ блокада 2 и более степеней, тяжелый облитерирующий эндартериит

Задача 229

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

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания:

детские инфекции, ОРЗ, гайморит. Профессиональный анамнез неотягощен, работает учителем в школе, работа связана с психомоциональным стрессом. Вредные привычки: курит 20 лет, по полпачки сигарет в день. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не

Отягощен

Анамнез жизни

Данные жалобы беспокоят несколько недель, возникновение их связывает со 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

Объективный статус

Состояние

удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6°С. Больной гиперстенического телосложения. Рост 182 см, вес 102 кг, ИМТ 30,79 кг/м².

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии — границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии.

Границы относительной тупости сердца: верхняя - III межреберье, правая — по правому краю грудины, левая -

в V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии.
При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет.
Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9—8-7см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

- 1) Приоритетным для постановки диагноза инструмент методами являются: Рентген ОГК, сприометрия, ЭГДС
- 2) Кашель у данного пациента вызван: Забросом содержимого желудка в гортань
- 3) Методом позволяющим верифицировать ГЭРБ: внутрипищеводная суточная рН-метрия
- 4) Основным показанием к проведения рН метрии будет: характерное проявление гэрб в отсутствие эндоскопических изменений в пищеводе
- 5) На основании результатов объективного осмотра можно поставить диагноз: Основное заб: ГЭРБ, эрозивный эзофагит 2 стадии. Соп: Ожирение 1 ст.
- 6) Помимо ИПП: прокинетики
- 7) К рекомендациям по изменению образа жизни: уменьшение массы тела
- 8) Применение монотерапии антацидами возможно: редко возник 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: аденокарциномы
- 12) Показанием к антирефлюксному лечению ГЭРБ: повторные кровотечения

Задача 230.

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

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен

Анамнез жизни

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Больная нормостенического телосложения.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - 22.31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Рентген, спирометрия, ЭГДС
2. Бронхоконстрикторные тесты, исследования фракции оксида азота
3. Пищеводная манометрия высокого разрешения
4. Микроаспирация
5. Основное заболевание: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, эрозивный эзофагит
6. прокинетика в стандартной дозе + ингибитора протонной помпы в стандартной дозе
7. редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

8. альгинаты
9. недостаточность нижнего пищевода сфинктера
10. Повышенная секреция соляной кислоты
11. кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта
12. Назначить ИПП и повторить гистологическое исследование через 3 месяца

Ситуационная задача №231

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.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет - инфаркт миокарда, у матери - хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез жизни

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больной гиперстенического телосложения, признаки абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ - 32.6 кг/м², ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный,

чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. клинический анализ крови
анализ кала на скрытую кровь

ЛИПИДНЫЙ профиль сыворотки крови

2. ЭГДС Обоснование

- регистрации ЭКГ В 1 2 отведениях Обоснование

- ЭХО-КГ Обоснование

- пробы С физической нагрузкой Обоснование

3. Исследование наличие инфекции Н. Pylori

4. ГЭРБ

5. • Основное заболевание: ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии; хронический Helicobacter руноп-ассоциированный гастрит в фазе обострения; язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва малой кривизны желудка диаметром 7 мм); сопутствующее: Ожирение I ст

6. тройной схемы эрадикации Helicobacter pylori + прокинетики в стандартной дозе

7. снижение массы тела

8. 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. 4-6 недель

10. определение антигена h pylori в кале

11. 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)

12. абдоминальное ожирение

Ситуационная задача №232

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

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери -бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез жизни

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ - 22,1 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. SpO₂ - 97%. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Первым этапом диагностики будет выполнение (выберите 3)

- ЭГДС Обоснование
- рентгенологического исследования легких обоснование
- СПирОМетрии Обоснование

2. Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить (выберите 2)

- определение уровня ЭОЗИНОФИЛОВ В мокроте Обоснование
- бронхоконстрикторные тесты Обоснование

3. Помимо клинического анализа крови, необходимым лабораторным обследованием будет

- анализ кала на скрытую кровь обоснование

4. Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- исследование на наличие инфекции H.pylori Обоснование

5. На основании результатов объективного осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

- ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии. Хронический *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва пилорического отдела желудка диаметром 6 мм) Обоснование

6. Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения _____ л

- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе обоснование

- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Домперидона в удвоенной дозе

- четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

- четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Альгинатов в стандартной дозе

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)

Обоснование

8. При неэффективности лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует

- подтвердить наличие гастроэзофагеального рефлюкса с помощью объективного метода исследования - 24-часовой рН-импедансометрии Обоснование

9. В качестве неинвазивных методов первичной диагностики инфекции *H. pylori* используют (выберите

2)

- уреазный дыхательный тест обоснование

- определение антигена *H. pylori* в кале Обоснование

10. Одним из факторов риска язвенного кровотечения является

- инфекция *H. pylori* Обоснование

11. Возможный ложноотрицательный результат диагностики инфекции *H. pylori* обусловлен тем, что

- исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее обоснование

12. При язвенной болезни у беременных назначают

- невсасывающиеся антациды и адсорбенты обоснование

Ситуационная задача №233

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

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания и операции: отрицает.
- Наследственность не отягощена.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Анамнез жизни

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 диклофенак. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности до 20 мин, отмечает «стартовые боли».

Объективный статус

Телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных суставах.

Кожные покровы внешне не изменены. В легких - везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 18 в мин.

Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Пульс 74 в мин, ритмичный. АД 150 и 90 мм рт.ст.

Печень расположена по краю реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих

сторон. Деформация коленных суставов, больше справа, объем активных движений в них снижен, объем пассивных движений значительно снижен в правом суставе.

Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены.

Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных суставах.

Болезненность при пальпации коленных суставов.

Отмечается варусная деформация голеней, преимущественно справа.

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- клинический анализ крови Обоснование

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- рентгенография пораженных суставов Обоснование

3. Какой диагноз можно поставить данной больной?

- Первичный гонартроз Обоснование

4. Основная немедикаментозная терапия включает

- снижение массы тела Обоснование

5. При небольших болях в качестве основной медикаментозной терапии назначают

- Парацетамол Обоснование

6. При неэффективности обезболивающей терапии парацетамолом назначают

- мелоксикам Обоснование

7. При риске развития желудочнокишечного кровотечения назначают

- ЭТерОКОКСИб Обоснование

8. При наличии синовита коленных суставов с выраженной ночной болью назначают

- внутрисуставное введение метилпреднизолона Обоснование

9. При неэффективности терапии назначают консультацию

- реВМаТОЛОГа Обоснование

10. Терапевтической дозой глюкозамина сульфата является _мг/сут

- 1 500 Обоснование

11. К симптоматическим лекарственным средствам замедленного действия относится

- ДИаЦереИН Обоснование

12. Для внутрисуставного введения и улучшения функции коленного сустава при остеоартрозе назначают

- производные гиалуроната Обоснование

Ситуационная задача №234 ■>

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

- росла и развивалась нормально
- в детские годы имела контакте больным туберкулезом отцом
- состояла на диспансерном учете по поводу контакта, прошла курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев
- перенесенные заболевания: в возрасте 15 лет острый бронхит, в 38 лет тяжелое течение гриппа, который был расценен как неспецифическая пневмония, рентгенологическое исследование не проводилось
- в течение последующих лет, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, снижение массы тела
- неоднократно получала лечение по поводу обострения бронхита
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире

Анамнез жизни

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.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес -58 кг, рост -165см.

При перкуссии грудной клетки - справа ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В легких дыхание бронхиальное, больше в нижних отделах правого

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес -58 кг, рост -165 см.

При перкуссии грудной клетки - справа ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В легких дыхание бронхиальное, больше в нижних отделах правого легкого, выслушиваются скудные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС- 72 уд.в минуту, АД — 110/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 21 мм, Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест -папула 10 мм.

1. К необходимым для постановки диагноза л

лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

- клинический анализ крови Обоснование
- прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) Обоснование

2. Необходимым для постановки диагноза *

инструментальным методом обследования является

- обзорная рентгенография органов грудной клетки Обоснование

3. Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациентки необходимо оценивать как

- положительную Обоснование

4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают

- инфильтративный туберкулез легких Обоснование

5. На основании полученных результатов Л

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 Обоснование
7. Основным рентгенологическим синдромом по Л данным рентгенограммы органов грудной клетки является синдром
- долевого затемнения Обоснование
8. Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевого локализации характеризуется
- бронхиальным дыханием над зоной поражения и влажными ХриПаМИ Обоснование
9. При инфильтративном туберкулезе с сохраненной Л лекарственной чувствительностью МВТ целесообразно применять противотуберкулезные препараты
- ПерВОГО ряда Обоснование
10. Дальнейшее обследование и лечение пациентки Л должно проводиться в
- стационаре (противотуберкулезного учреждения) Обоснование
11. абсцедирующей пневмонией Обоснование
12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу
- степени
- * I Обоснование

Ситуационная задача №235 /

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

- рос и развивался по возрасту
- в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей
- флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил 1,5 года

- перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- работает директором коммерческой фирмы
- проживает в отдельной квартире с женой и сыном 5 лет, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

Анамнез жизни

- 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

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост -185 см, вес 65 кг. Температура 37,2° С. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД -22 в минуту.

- при перкуссии грудной клетки - укорочение перкуторного

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост -185 см, вес 65 кг.

Температура 37,2° С. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД -22 в минуту.

- при перкуссии грудной клетки - укорочение перкуторного звука в межлопаточном пространстве, над нижними долями легочной звук с коробочным оттенком
- при аускультации -дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка
- тоны сердца приглушены. ЧСС -92 уд. В мин., АД -120/80 мм рт.ст
- живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

- при обследовании мокроты и промывных вод бронхов методом бактериоскопии, обнаружены кислотоустойчивые микобактерии

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л - положительная, папула 12 мм.

Реакция на пробу с АTR Диаскинтест - результат отрицательный.

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

- клинический анализ крови Обоснование
- микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза обоснование

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- обзорная рентгенография органов грудной клетки Обоснование

3. Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

- резко выраженную иммунологическую недостаточность

Обоснование

4. Результаты рентгенограммы органов грудной клетки Л пациента предполагают

- диссеминированный туберкулез легких обоснование

5. Полиморфизм очагов на рентгенограмме ОГК при Л подостром течении диссеминированного туберкулеза обусловлен

- повторными волнами бактериемии Обоснование

6. На основании полученных результатов обследования данному больному можно поставить диагноз

- Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации И распада, МВТ (+), туберкулез гортани Обоснование

7. Достоверным методом обнаружения микобактерий Л туберкулеза является

- бактериологическая диагностика Обоснование

8. По данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки основным рентгенологическим признаком является синдром

- ДИССЕМИНЗЦИИ Обоснование

9. При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять противотуберкулезные препараты

- первого ряда Обоснование

10. Благоприятным исходом диссеминированного Л туберкулеза легких являются

- рассасывание, фиброзно-склеротические изменения

Обоснование

11. Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с

- двусторонней мелкоочаговой пневмонией, карциноматозом легких Обоснование

12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу

степени

* I Обоснование

Ситуационная задача №236

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

- росла и развивалась по возрасту
- до 55 лет регулярно проходила регулярно флюорографическое обследование, патологические изменения в легких не выявлялись
- работала в школе учительницей, после выхода на пенсию рентгенологическое обследование органов грудной клетки регулярно не проходила
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- проживает в отдельной квартире с супругом, материальнобытовые условия жизни удовлетворительные

Анамнез жизни

- 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.

Объективный статус

- состояние тяжелое. Температура 39,2° С. Кожные покровы чистые, бледные, тургор снижен, акроцианоз
- большая пониженного питания рост 165 см, вес 60 кг.
- грудная клетка правильной формы, при дыхании отстает правая половина ЧДД - 34 в минуту
- при перкуссии грудной клетки - притупление перкуторного звука в надключичной, подключичной и межлопаточной областях справа.
- при аускультации - в этих областях дыхание бронхиальное с большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов.
- тоны сердца приглушены. ЧСС - 120 уд.вмин., АД - 90/60 мм рт.ст.
- живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень у реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.
- при обследовании мокроты и промывных вод бронхов -обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л - отрицательная Результат на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным - отрицательный

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

- общий анализ крови Обоснование
- трехкратное исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) методом прямой микроскопии по Цилю-НИЛЬСену Обоснование

2. Необходимым для постановки диагноза *

инструментальным методом обследования на уровне первичного звена является

- обзорная рентгенография органов грудной клетки Обоснование
3. Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у данной больной является проявлением
- выраженного иммунодефицита Обоснование
4. Достоверным методом обнаружения микобактерий л туберкулеза является

- бактериологическая диагностика обоснование
5. На основании полученных результатов Л

обследования данной больной можно поставить диагноз

- Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МВТ +, легочно-сердечная недостаточность

Обоснование

6. Причиной развития и быстрого прогрессирования Л туберкулезного процесса является

- снижение иммунной системы вследствие сахарного диабета

Обоснование

7. Легочно-сердечная недостаточность у больной казеозной пневмонией обусловлена

- разрушением лёгочной ткани и резко выраженной интоксикацией Обоснование
8. При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью МВТ, противотуберкулезные препараты целесообразно применять

- первого ряда Обоснование

9. Основным морфологическим отличием казеозной " пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

- отсутствие морфологических признаков отграничения

Казеозного Некроза Обоснование

10. Благоприятными исходами казеозной пневмонии Л являются

- цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез

Обоснование

11. Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии проводят с

- крупозной пневмонией Обоснование

12. По эпидемиологической опасности данный тип

очага туберкулезной инфекции относится к очагу

степени

- II Обоснование

Ситуационная задача №237 /

Ситуация

Женщина 25 лет, обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому после переохлаждения

Жалобы

На повышение температуры до 39,2° С, кашель, слабость, недомогание

Анамнез заболевания

- росла и развивалась по возрасту
- была вакцинирована БЦЖ при рождении в родильном доме, ревакцинирована в 7 и 14 лет
- до 15 - летнего возраста проба Манту была отрицательной, в 16 лет впервые положительная проба Манту, папула 12 мм
- была обследована в противотуберкулезном диспансере, назначена химиопрофилактика изониазидом в течение 3-х месяцев. Через 2 недели приема изониазида отметила появление головных болей, самостоятельно отказалась от приема препарата. Противотуберкулезный диспансер не посещала
- окончила институт, летом вышла замуж и уехала отдыхать на море.
- перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- проживает в отдельной квартире с мужем, материальнобытовые условия жизни удовлетворительные

Анамнез жизни

- заболевание началось остро, после переохлаждения
- выставлен диагноз острой респираторной инфекции тяжелого течения
- рекомендована симптоматическая терапия, однако состояние не улучшалось, сохранялась лихорадка гектического характера, появился сухой мучительный кашель
- через 3 дня больная повторно была осмотрена терапевтом
- направлена на 5 день болезни в инфекционную больницу
- была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки на 6-й день болезни, где отмечалась смазанность и размытость легочного рисунка
- проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия и симптоматическими средствами - без эффекта, сохранялись лихорадка, сухой кашель, нарастала одышка

- на 10 день заболевания внезапно появилась боль в грудной клетке справа, выраженная одышка

Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура 39,6° С. Кожные покровы чистые, бледные.

Вес 52 кг при росте 168 см. Кожные покровы бледные с цианотическим оттенком

Грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД - 38 в минуту.

При перкуссии грудной клетки - тимпанит.

При аускультации - дыхание ослабленное, мелкопузырчатые рассеянные влажные хрипы.

Тоны сердца приглушены, ЧСС - 128 уд.вмин., АД - 100/60 мм рт.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На высоте лихорадки исследована кровь на стерильность - возбудитель не обнаружен.

При обследовании мокроты и промывных вод бронхов не обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л была отрицательной.

Аллерген туберкулезный рекомбинантный - результат отрицательный

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

- клинический анализ крови Обоснование
 - микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза обоснование
2. Необходимым методом скринингового рентгенологического обследования при подозрении на туберкулез легких на уровне поликлиники является

- обзорная рентгенография органов грудной клетки Обоснован*
3. По данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки основным рентгенологическим синдромом является синдром
- диссеминации Обоснование
4. Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает
- резко выраженную иммунологическую недостаточность

Обоснование

5. Результаты рентгенограммы органов грудной клетки Л пациентки предполагают
 - милиарный туберкулез Обоснования
6. На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз
 - Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МВТ (-), спонтанный пневмоторакс Обоснование
7. Осложнением основного заболевания у больной является
 - спонтанный пневмоторакс Обоснование
8. Аускультация при милиарном туберкулезе легких характеризуется
 - ослабленным дыханием, мелкопузырчатыми рассеянными влажными хрипами Обоснование
9. При милиарной форме туберкулеза легких с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ к противотуберкулезным препаратам должны быть назначены препараты
 - первого ряда Обоснование
10. Дальнейшее обследование и лечение пациентки Л

должно проводиться в

 - стационаре (противотуберкулезного учреждения) Обоснование
11. Дифференциальную диагностику милиарного туберкулеза легких следует проводить в первую очередь с
 - мелкоочаговой двусторонней пневмонией Обоснование
12. По эпидемиологической опасности данный тип

очага туберкулезной инфекции относится к очагу

степени

 - II Обоснование

Ситуационная задача №238 Л

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 зеленого цвета 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

Анамнез жизни

- 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.

Больной истощен. Кожные покровы бледные, сухие, тургор тканей снижен, акроцианоз, румянец на щеках, астено-вегетативный синдром, тахикардия.

Грудная клетка астенического телосложения, левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, ЧДД 35 в минуту.

При перкуссии грудной клетки резко укорочен перкуторный звук слева.

При аускультации - слева дыхание ослабленное,

разнокалиберные влажные хрипы, справа - рассеянные сухие хрипы.

Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При обследовании мокроты и промывных вод бронхов обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л - отрицательная Реакция на пробу с АТР (Аллерген туберкулезный рекомбинантный) - отрицательная

1. К необходимым для постановки диагноза _____ л

лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

- _____ клинический анализ крови Обоснование
- _____ микроскопическое исследование мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии Обоснование

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является (выберите 2)

- _____ обзорная рентгенография органов грудной клетки Обосн.ная
- _____ Компьютерная ТОМОГрафия ЛеГКИХ Обоснование

3. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

- _____ казеозную пневмонию Обоснование

4. Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

- _____ выраженный иммунодефицит Обоснование

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 Обоснование

6. Наличие синдрома интоксикации у больного с казеозной пневмонией обусловлено

- _____ большой зоной разрушения с резорбцией в кровь продуктов распада легочной ткани обоснование

7. Осложнениями основного заболевания являются *

- _____ легочно-сердечная недостаточность, кахексия обоснование

8. Данные аускультации при казеозной пневмонии ' характеризуются

- _____ резко ослабленным дыханием, разнокалиберными влажными хрипами Обоснование

9. При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, целесообразно применять антибактериальные препараты

- Первого ряда Обоснование

10. Достоверным методом обнаружения микобактерий Л туберкулеза является

- бактериологическая диагностика обоснование

11. Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- стационаре (противотуберкулезного учреждения) Обоснование

12. Дифференциальную диагностику казеозной Л пневмонии следует проводить с

- крупозной пневмонией Обоснование

Ситуационная задача №239

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

- росла и развивалась нормально;
- замужем, имеет двоих здоровых детей;
- работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает;

- в анамнезе - детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

Анамнез жизни

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 холецистэктомию. 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.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный легочный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

1. У больной наиболее вероятным диагнозом является л

- Хронический билиарнозависимый панкреатит Обоснование
- 2. Клиника заболевания у больной определяется синдромом
- болевым Обоснование
- 3. Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром
- внешнесекреторной панкреатической недостаточности

Обоснование

- 4. В течение последнего месяца заболевания у больной Л развился синдром
 - эндокринной панкреатической недостаточности Обоснование
 - 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 Обоснование
 - 7. У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения
 - ОСТеОПОрОЗа Обоснование
 - 8. Наиболее информативным методом визуализации Л для подтверждения диагноза хронического панкреатита является
 - мультиспиральная компьютерная томография Обоснование
 - 9. Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение
 - гликозилированного гемоглобина НbA1C Обоснование
 - 10. Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение
 - фекальной эластазы (ФЭ-1) Обоснование
 - 11. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение
 - ферментных препаратов Обоснование
 - 12. Предпочтительным анальгетиком первого уровня Л
- для купирования болевого синдрома при хроническом

панкреатите является

- парацетамол Обоснование

Ситуационная задача №240

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства. Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа, волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался соответственно возрасту;
- по профессии бухгалтер;
- перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 56 лет;
- наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет;
- вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает;
- регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

Анамнез жизни

- Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни;
- медикаментозную терапию ранее не получал.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 уд. в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков

1. К необходимым для постановки диагноза

лабораторным методам обследования относят определение уровней (выберите 2)

- МВ-фракции креатинкиназы В динамике Обоснование

- тропонина I в динамике Обоснование
2. Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения являются (выберите 2)

- ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое Обоснование
 - коронароангиография Обоснование
3. На основании имеющихся данных, данному пациенту можно поставить диагноз
- ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Атеросклероз аорты, коронарных артерий Обоснование

4. Для обезболивания пациенту показано назначение Л
- морфина Обоснование

5. Госпитализация пациенту Л

- показана в экстренном порядке Обоснование

6. Пациенту необходимо назначить л

ацетилсалициловую кислоту, статины и

- клопидогрель Обоснование

7. К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у пациента относят мужской пол и

- отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым

заболеваниям Обоснование

8. В случае развития гипокалиемии больному показано л введение

- калия и магния аспарагината Обоснование

9. При верно и своевременно назначенном лечении, Л прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан больному

- пожизненно Обоснование

10. Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

- показано в экстренном порядке Обоснование

11. Для длительного лечения артериальной гипертензии у этого больного препаратами выбора являются

- ингибиторы АПФ Обоснование

12. Проведение физиотерапевтических процедур пациенту (горячие ванны, солнечные ванны, электрофорез)

- категорически противопоказано Обоснование

Ситуационная задача №241

Ситуация

Пациентка 64 лет вызвала участкового терапевта на дом через 2 часа после начала заболевания.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 3 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась соответственно возрасту;
- по профессии биохимик;
- перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет, аппендэктомия - в 23 года, грыжесечение - в 55 лет;
- наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 52 лет, мать страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом, жива, 85 лет;
- вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает;
- беременностей 2, родов - 2. Менопауза с 52 лет, протекала без особенностей;
- регулярно не обследовалась, к врачам не обращалась, отмечала эпизоды повышения артериального давления, точных цифр не помнит.

Анамнез жизни

- Утром после интенсивной физической нагрузки (генеральная уборка квартиры) отметила появление чувства сжатия за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и эпигастральную область впервые в жизни. Попыталась самостоятельно купировать приступ изменением положения тела (легла) и приемом нитроглицерина;
- медикаментозную терапию ранее не получала.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 60 кг, рост 173 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,8°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 82 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

1. К необходимому для постановки диагноза "

лабораторному методу обследования относят определение уровня

- тропонина I В динамике Обоснование
2. Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является
 - ЭКГ как минимум в 12 отведениях В покое Обоснование
 3. На основании имеющихся данных, пациентке можно л поставить диагноз
 - ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Атеросклероз аорты, коронарных артерий Обоснование
 4. Для обезболивания пациентке показано назначение Л
 - морфина Обоснование
 5. В соответствии с данными ЭКП наиболее вероятно Л

поражение артерии

 - правой коронарной Обоснование
 6. Пациентке необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и
 - КЛОПИДОГРЕЛЬ Обоснование
 7. К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у пациентки относят
 - отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым

Заболеваниям Обоснование
 8. В случае развития гипокалиемии больной показано л введение
 - калия и магния аспарагината обоснование
 9. При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан
- пожизненно
10. Проведение чрескожного коронарного вмешательства больной
 - показано В экстренном порядке Обоснование
 11. Для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этой больной препаратами выбора являются
 - ингибиторы АПФ Обоснование

12. Физическая активность (ходьба, плавание) в случае Л неосложненного течения заболевания пациентке

- показана через 3-4 недели Обоснование

Ситуационная задача №242

Ситуация

Больная 68 лет обратилась в поликлинику к врачу общей практики.

Жалобы

Жалуется на ограничение подвижности, припухание и боль в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которые усиливаются к концу дня и ночью, сильные интенсивные боли в коленных суставах и ограничение движений в них, появление припухлости коленных, дистальных межфаланговых суставов кистей.

Анамнез заболевания

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: удаление левого яичника по поводу кисты, удаление миоматозных узлов матки. Наследственность: мать страдает остеохондрозом позвоночника много лет, болят суставы рук. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Анамнез жизни

Появление болей в суставах связывает с механической нагрузкой, в покое боли стихают. В последние месяцы боли интенсивные, боль в коленном суставе. не дает спать, трудно найти положение для ноги в постели. К утру боль уменьшается, припухлость постоянная. Кроме того, больная отмечает появление плотных симметричных узловатых утолщений в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей и | проксимального межфалангового сустава справа в последние три года

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) **КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР**

2. Для постановки диагноза следует выполнить **РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПОРАЖЕННЫХ СУСТАВОВ**

3. Данной больной можно поставить диагноз **ПЕРВИЧНЫЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ОСТЕАРТРОЗ**

4. Основная немедикаментозная терапия включает **СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА**

5. В связи с стойкими болями в коленных суставах, ограничением при ходьбе обратилась к ортопеду. Пациентке рекомендовано **НОШЕНИЕ ОРТЕЗА С ЖЕСТКОЙ ФИКСАЦИЕЙ**

6. При сильной боли в суставах лечение начинают с **НПВП В СРЕДНИХ ДОЗАХ**

7. При приеме НПВП необходим контроль за **УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

8. При наличии выраженного синовита коленных суставов назначают **ВНУТРИСУСТАВНОЕ ВВЕДЕНИЕ ТРИАМЦИНОЛОНА**

9. Остеоартроз проявляется рентгенологическими признаками сужения суставной щели и **РАЗВИТИЯ ОСТЕОФИТОВ**

10. Для лечения ОА коленных и У тазобедренных суставов в качестве симптоматического средства замедленного действия для уменьшения боли назначают **ДИАЦЕРЕИН**

11. При наличии синовита коленного сустава и ночной боли следует назначить внутрисуставное введение **МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА**

12. Препараты гиалуроната и у глюкокортикоидов при внутрисуставном введении одинаково эффективны через **4**

Ситуационная задача №243

Ситуация

Больная 73 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

Жалуется на ограничение подвижности, припухание и боль в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которые усиливаются к концу дня и ночью, сильную боль в правом коленном суставе, затрудняющую ходьбу.

Анамнез заболевания

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: удаление миоматозных узлов матки. Наследственность: мать страдала остеохондрозом позвоночника много лет, были деформированы суставы рук. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Анамнез жизни

Появление болей в суставах связывает с механической нагрузкой, в покое к утру боли стихают. Кроме того, в последние годы отмечает появление плотных симметричных узловатых утолщений в области дистальных ...

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является **КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

2. Для постановки диагноза следует выполнить **РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПОРАЖЕННЫХ СУСТАВОВ**

3. По результатам обследования, пациентке можно поставить диагноз **ПЕРВИЧНЫЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ОСТЕОАРТРОЗ**

4. Основная немедикаментозная терапия включает **ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ**

5. При небольших болях в качестве основной медикаментозной терапии назначают **ПАРАЦЕТАМОЛ**

6. При неэффективности у обезболивающей терапии и наличии признаков воспаления назначают **НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ**

7. При сильной боли в суставах лечение следует начинать с **НПВП**

8. При наличии синовита коленных суставов назначают **ВНУТРИСУСТАВНОЕ ВВЕДЕНИЕ ТРИАМЦИНОЛОНА АЦЕТониДА**

9. Остеоартроз проявляется У рентгенологических признаками сужения суставной щелии **РАЗВИТИЕМ ОСТЕОФИТОВ**

10. Препаратами замедленного У действия в лечении остеоартроза служат **ХОНДРОПРОТЕКТОРЫ**

11. При наличии синовита У коленных суставов не следует назначать внутрисуставное введение **ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ**

12. Узелки Гебердена и Бушара являются проявлением остеоартроза **ДИАСТАЛЬНЫХ И ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ**

Ситуационная задача №244

Ситуация

Врач-терапевт участковый вызван к больному 40 лет на дом.

Жалобы

Сильная боль в поясничном и грудном отделах позвоночника, затрудняющая вставание с постели, ходьбу, однако, при движении в течение дня боль в позвоночнике уменьшается и вновь усиливается в покое и ночью, значительно нарушая сон. Отмечает боль и припухлость левого коленного сустава с неполным разгибанием. Скованность более 30 минут.

Анамнез заболевания

Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: отрицает. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет умеренно. Работает на стройке прорабом.

Анамнез жизни

Ухудшение состояния в течение 3-х дней. 5 лет наблюдался у невролога по поводу поясничного остеохондроза, усиление боли отмечал преимущественно в утренние часы, периодически лечился различными противовоспалительными средствами, получал сирдалуд, инъекции витаминов. Год назад обращался к хирургу в связи с болью и припухлостью левого коленного сустава. Однократно вводили 40 мг кеналога с улучшением.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) **СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ HLA-B27**

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются **РЕНТГЕНОГРАФИЯ КОСТЕЙ ТАЗА**

3. Какой диагноз можно у сформулировать больному на основании клинико-инструментальных обследований? **АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ**
4. Основная немедикаментозная терапия включает **ЕЖЕДНЕВНОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ЛФК**
5. У больного У рентгенологические признаки сакроилеита стадии **III**
6. Основная медикаментозная а терапия включает **ИНДОМЕТАЦИН 75 МГ 2 РАЗА**
7. Ингибиторы ФНО-а больным с установленным диагнозом анкилозирующего спондилоартрита назначают при **РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ИЛИ РЕЗИСТЕНТНОМ УВЕИТЕ**
8. В качестве базового метода оценки активности анкилозирующего спондилоартрита рекомендуется применять индекс **BASDAI**
9. При риске развития желудочно-кишечного кровотечения и скелетных болей назначают **СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ЦОГ2**
10. При недостаточной эффективности НПВП и наличии энтезитов назначают **ЛОКАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ГКС**
11. При недостаточной эффективности НПВП и периферических артритах назначают **СУЛЬФАСАЛАЗИН 2-3 ГР\СУТ**
12. Глюкокортикоиды внутрь при анкилозирующем спондилите **СОЧЕТАНИИ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА**

Ситуационная задача №245

Ситуация

Больной К. 18 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие натощак, ночью, отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи или альмагеля.

Анамнез заболевания

Пациент учится в техническом ВУЗе, пищу принимает нерегулярно. 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает. Известно, что у отца больного диагностирована язвенная болезнь желудка.

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

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
2. Необходимым для постановки У диагноза инструментальным методом обследования является ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ С БИОПСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛЦУДКА
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДПК В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ
4. К фоновому заболеванию, у имеющемуся у пациента, относится хронический Н.PYLORI АССОЦИИРОВАННЫЙ ГАСТРИТ
5. Осложнением, которое может У возникнуть при данном заболевании является КРОВОТЕЧЕНИЕ
6. Для желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ СЛАБОСТЬ
7. Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является ИНГИБИТОР ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ+КЛАРИТРОМИЦИН+АМОКСИЦИЛЛИН
8. Продолжительность тройной эрадикационной терапии составляет 10-14 ДН
9. Для лечения крапивницы в данной ситуации следует назначить препараты НЕСЕДАТИВНЫЕ АНТИГИСТАМИННЫЕ ДЕЗЛОРАТАДИН
10. При сохранении симптомов крапивницы через 2 недели необходимо увеличить дозу принимаемого антигистаминного препарата в раза **4**
11. При неэффективности У применения антигистаминного препарата в 4-х кратной дозе рекомендовано к терапии добавить ОМАЛИЗУМАБ
12. В дальнейшем, при у проведении эрадикационной терапии, у данного пациента необходимо использовать квадротерапию, состоящую из ИНГИБИТОРА ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ+ВИСМУТА ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТА+ТЕТРАЦИКЛИНА+МЕТРОНИДАЗОЛА

Ситуационная задача №246

Ситуация

Больной К. 18 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие натощак, ночью, отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи или альмагеля

‘Анамнез заболевания

Пациент учится в техническом ВУЗе, пищу принимает нерегулярно. 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает. Известно, что у отца больного диагностирована язвенная болезнь желудка.

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

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является **ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ С БИОПСИЕЙ**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДПК В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ**

4. К фоновому заболеванию, имеющемуся у пациента, относится хронический **H.PYLORI АССОЦИИРОВАННЫЙ ГАСТРИТ**

5. Осложнением, которое может возникнуть при данном заболевании является **КРОВОТЕЧЕНИЕ**

6. Для желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно **ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ СЛАБОСТЬ**

7. Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является **ИНГИБИТОР ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ+КЛАРИТРОМИЦИН+АМОКСИЦИЛЛИН**

8. Продолжительность тройной эрадикационной терапии составляет **10-14 ДН**

9. Контроль эффективности эрадикационной антихеликобактерной терапии **ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ 4-6 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ**

10. Учитывая результаты определения антигена H. руой в кале, пациенту необходимо. провести эрадикационную терапию в виде **КВАДРОТЕРАПИЮ С ПРЕПАРАТОВ ВИСМУТА**

11. Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет ____ раз/раза **1**

12. Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с момента последнего обострения составляет (в годах) **5**

Ситуационная задача №247

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На повышение температуры до 38,0°C, слабость, кашель со скудной желтоватой мокротой

‘Анамнез заболевания

Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Семейный анамнез не отягощен.

‘Анамнез жизни

Повышение температуры до 38.0°C и кашель с мокротой беспокоят в течение пяти дней. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенес ОРВИ.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 2) **ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ**
2. Для постановки диагноза. необходимо выполнить (выберите 2) **РЕНТГЕНОГРАФИЮ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ПУЛЬСОКСИМЕТРИЮ**
3. Предполагаемым основным диагнозом является **ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ В НИЖНЕЙ ДОЛЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО**
4. Течение заболевания следует оценить как **СРЕДНЕТЯЖЕЛОЕ**
5. Оптимальная стартовая антибактериальная терапия включает назначение **АМОКСИЦИЛЛИНА**
6. Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через часа/часов **48-72**
7. Главным критерием окончания антибактериальной терапии является **СТОЙКАЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ 48-72**
8. Контрольное рентгенологическое исследование после начала антибактериальной терапии следует провести через дней **10-14**
9. Ориентировочные сроки у нетрудоспособности в данном случае составляют день/дней **20-21**
10. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения после перенесенной пневмонии — раз(а) в год **1**
11. После перенесенной пневмонии необходимо контролировать **SpO**
12. При отсутствии патологических клинико -рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдении пациент переводится в группу состояния здоровья **I ПЕРВАЯ**

Ситуационная задача №249

Ситуация

Пациент 51 год вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, некупирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту. По профессии переводчик. Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 22 лет. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно. Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 40 лет,

употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня ТРОПОНИНА
2. Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является ЭКГ В 12 ОТВЕДЕНИЯХ В ПОКОЕ
3. Наиболее вероятным диагнозом будет ИБС ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА
4. Для обезболивания пациенту показано назначение МОРФИН
5. В соответствии с данными ЭКГ, наиболее вероятно поражение артерии ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ
6. Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и КЛОПИДОГРЕЛЬ
7. Немодифицируемым фактором риска ишемической болезни сердца у пациента является ОТЯГОЩЕННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ ПО СЕРДЦЕНОСОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ
8. Больному показана госпитализация в стационар НЕМЕДЕЛЕННО
9. При верно и своевременном назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан ПОЖИЗНЕННО
10. При развитии рецидива У болевого синдрома в грудной клетке проведение чрескожного коронарного вмешательства больному ПОКАЗАНО В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ
11. Во время госпитализации бы больному проведено суточное мониторирование АД. Среднее АД ночью - 152/104 мм рт. ст., среднее АД днем - 144/93 мм рт. ст., для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этого больного препаратами выбора являются ИНГИБИТОРЫ АПФ
12. Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациенту в рамках программы реабилитации ПОКАЗАНА ЧЕРЕЗ 3-4 НЕД

Ситуационная задача №250

Ситуация

Пациент 63 лет вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, некупирующиеся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту По профессии архитектор Перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 53 лет, мать жива, 85 лет, страдает артериальной гипертензией. Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня ТРОПОНИНА
2. Необходимым у инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является ЭКГ В 12 ОТВЕДЕНИЯХ В ПОКОЕ
3. Наиболее вероятный диагноз ИБС ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА. ПОСТИНФАРКТНЫЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ
4. Для обезболивания пациенту показано назначение МОРФИН
5. В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение артерии ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ
6. Пациент должен получать в качестве антитромбоцитарной терапии аспирин и КЛОПИДОГРЕЛЬ
7. Немодифицируемым фактором м риска ишемической болезни сердца у пациента является ОТЯГОЩЕННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ ПО СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМ
8. В случае развития гипокалиемии больному показано введение КАЛИЯ И МАГНИЯ АСПАРГИНАТА
9. При верно и своевременно у назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан ПОЖИЗНЕННО
10. Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному В ЭСКТРЕННОМ ПОРЯДКЕ
11. Для длительного лечения артериальной гипертензии, в составе комбинированной терапии, у этого больного препаратами выбора являются ИНГИБИТОРЫ АПФ
12. Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения ПОКАЗАНА ЧЕРЕЗ 3-4 НЕД

Ситуационная задача №251

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Курит до 20 сигарет за день, 2-3 раза в неделю употребляет алкоголь до 250 мл водки.

Семейный анамнез: отец пациента страдал алкоголизмом.

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

Анамнез жизни

Считает себя больным в течение 3 лет, когда стал отмечать появление болей в эпигастральной области и в левом подреберье возникающие после употребления алкоголя или приема жирной пищи. Отмечает снижение массы тела за последний год, так как

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является **БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ С ОПРЕДЕЛЕНИЕ...**
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **МСКТ ОРАГНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ**
4. Этиологией основного заболевания у пациента является **АЛКОГОЛЬНАЯ**
5. К возможным осложнениям основного заболевания относят **ПАНКРЕОНЕРКОЗ**
6. У пациента был выявлен синдром **ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
7. Рациональной комбинацией препаратов для лечения пациента является **ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ+ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ**
8. Для профилактики возникновения болевого синдрома пациенту рекомендован прием пищи отказ от курения и запрет алкоголя. **С ОГРАНИЧЕНИЕМ ЭКСТРАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**
9. С учетом сохранения у пациента жидкого стула необходимо прием панкреатина **УВЕЛИЧИТЬ ВДВОЕ**

10. Для уточнения степени экзокринной панкреатической недостаточности рекомендуется определение в кале ЭЛАСТАЗЫ
11. Для оценки степени экзокринной панкреатической недостаточности определение эластазы-1 в кале целесообразно выполнять ПОСЛЕ УМЕНЬШЕНИЯ СИМПТОМАТИКИ
12. О тяжелой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 0-100

Ситуационная задача №252

Ситуация

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

Жалобы

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

‘Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Курит до 20 сигарет за день, 2-3 раза в неделю употребляет алкоголь до 250 мл водки.

Семейный анамнез: отец пациента страдал алкоголизмом.

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

Анамнез жизни

Считает себя больным в течение 3 лет, когда стал отмечать появление болей в эпигастральной области и в левом подреберье возникающие после употребления алкоголя или приема жирной пищи. Отмечает снижение массы тела за последний год, так как

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является **БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ...**
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **МСКТ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ**
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ**
4. Этиологией основного заболевания у пациента является **АЛКОГОЛЬНАЯ**
5. К возможным осложнениям основного заболевания относят **ПАНКРЕОНЕКРОЗ**
6. У пациента был выявлен синдром **ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
7. Рациональной комбинацией препаратов для лечения пациента является **ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ+ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ**
8. Для профилактики обострений хронического панкреатита пациенту следует рекомендовать диету со сниженным содержанием— отказ от прием алкоголя, табакокурения. **НАСЫЩЕННЫХ ЖИРОВ**

9. С учетом сохранения у пациента жидкого стула необходимо прием панкреатина
УВЕЛИЧИТЬ ВДВОЕ

10. Для оценки нутритивного статуса используется измерение индекса МАССЫ ТЕЛА

11. Индекс массы тела рассчитывается по формуле $\text{ВЕС(КГ)} / \text{РОСТ(М)}^2$

12. Для выявления остеопороза, возникшего вследствие панкреатогенной мальабсорбции, пациенту необходимо рекомендовать выполнение РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ

Задача 253

Больная З., 57 лет, юрист, обратилась к врачу-терапевту участковому

Жалобы на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, однократную рвоту, многократный жидкий стул, сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная утка, торт со взбитыми сливками), выраженная диарея, сохраняющаяся до 5 дней, при болях принимала но-шпу, мезим. Отмечает появление диареи при небольшой погрешности в диете, употреблении жирной жареной пищи, пирогов, обострения заболевания бывают 3-4 раза в год. В течение последнего года стала отмечать жажду и сухость во рту, диагностирован сахарный диабет. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после употребления жареной картошки с курицей появились опоясывающие боли в эпигастрии, возникла диарея до 7 раз в сутки, однократно была рвота съеденной пищей.

Анамнез жизни Росла и развивалась соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: отец пациентки умер в возрасте 59 лет от меланомы кожи. Перенесенные заболевания: в возрасте 46 лет оперирована по поводу желчно-каменной болезни, проведена эндоскопическая холецистэктомия. На протяжении последних 7 лет диагностирована гипертоническая болезнь, с максимальными подъемами АД до 162/100 мм.рт.ст. постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Больная гиперстенического телосложения, избыточного питания. ИМТ=30,3 кг/м². Температура тела 36,6°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца в норме, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 132/80 мм рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Ортнера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9х8х7см. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

1.Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) ответ:

- общий анализ крови\

- биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина
- 2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2) ответ:
 - МСКТ органов брюшной полости.
 - УЗИ органов брюшной полости
- 3. Какой диагноз можно поставить данной больной? ответ:
 - Хронический панкреатит, в стадии обострения
- 4. К выявленным синдромам у пациентки относится ответ:
 - внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- 5. Наиболее вероятной причиной возникновения гипергликемии у данной пациентки является ответ: панкреатогенный сахарный диабет
- 6. Пациентке необходимо назначить ответ: ферментные препараты
- 7. Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета
 - 25-40 тыс ед липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс ед в промежуточный прием
- 8. Показателем определения компенсации сахарного диабета является ответ: гликозилированный гемоглобин
- 9. Целевой уровень гликозилированного гемоглобина зависит от возраста пациента, макрососудистых осложнений и /или
 - риска тяжелой гипогликемии
- 10. Целевым уровнем гликемического контроля для пациентки является HbA1c меньше
 - 7,0
- 11. Для коррекции гипергликемии больной показано назначение :
 - инсулина
- 12. Инсулин короткого действия при близком к нормальному уровню гликемии необходимо вводить за _____ мин до приема пищи
 - 20-30

Задача 254

Больной Б. 52 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом

Жалобы: на интенсивные боли за грудиной «сжимающего» характера с иррадиацией в оба плеча, чувство нехватки воздуха, страха

Анамнез заболевания: В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей при быстрой ходьбе. Самостоятельно принимал нитроглицерин под язык, что способствовало купированию приступов в течение 2-3 мин. Эпизод длительного болевого синдрома около 3-х часов, прием нитроглицерина эффекта не оказал.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 65 лет. Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет.

Объективный статус: Объективно: состояние средней тяжести. Рост 176 см, вес 92 кг. Отёков нет. Кожные покровы влажные, бледные. В лёгких – жёсткое дыхание по всем легочным полям, перкуторный звук с коробочным оттенком. Число дыханий - 20 в мин. Пульс - 90 уд/мин, ритмичный. АД 120/75 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая — правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая — в V межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, акцент

II тона во II межреберье справа от грудины. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги

1. К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят

определение тропонинов I и T, КФК – МВ

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

-электрокардиография

-эхокардиография

3. Какой диагноз можно поставить данному больному

ИБС. Инфаркт миокарда с зубцом Q, подъемом сегмента ST, в области передней стенки, межжелудочковой перегородки и верхушки левого желудочка, острый период

4. Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение

1% раствора морфина гидрохлорида

5. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты

6. Нагрузочная доза клопидогреля при планирующимся ЧКВ должна составлять _____ мг
-600 мг

7. Пациенту рекомендовано начать прием аторвастатина в дозе _____ мг
-80 мг

8. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает

-немедленную госпитализацию

9. ЭКГ признаками являющимися показанием для реперфузионной терапии является _____ как минимум в двух смежных отведениях

-Элевация ST

10. С целью восстановления коронарного кровотока предпочтение следует отдать

-Чрескожному коронарному вмешательству

11. Оценку риска смерти в стационаре проводится с использованием шкалы

-GRACE

12. На основании клинических и морфологических признаков инфаркт миокарда у данного пациента будет считаться зажившим начиная с _____ суток

29

Задача 255.

Больной Б. 52 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом

Жалобы: на интенсивные боли за грудиной «сжимающего» характера с иррадиацией в оба плеча, чувство нехватки воздуха, страха

Анамнез заболевания: В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей при быстрой ходьбе. Самостоятельно принимал нитроглицерин под язык, что способствовало купированию приступов в течение 2-3 мин. Эпизод длительного болевого синдрома около 3-х часов, прием нитроглицерина эффекта не оказал.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 65 лет. Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет.

Объективный статус:Объективно: состояние средней тяжести. Рост 176 см, вес 92 кг. Отёков нет. Кожные покровы влажные, бледные. В лёгких – жёсткое дыхание по всем легочным полям, перкуторный звук с коробочным оттенком. Число дыханий - 20 в мин. Пульс - 90 уд/мин, ритмичный. АД 120/75 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая — правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая — в V межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги

- 1.К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят определение тропонинов I и T, КФК – МВ
2. Инструментальными методами для постановки диагноза являются (выберите 2)
 - электрокардиография
 - эхокардиография
3. Какой диагноз можно поставить данному больному
ИБС.Инфаркт миокарда с зубцом Q, подъемом сегмента ST, в области передней стенки, межжелудочковой перегородки и верхушки левого желудочка, острый период
4. В данной клинической ситуации пациенту показано проведение
 - коронароангиографии
5. В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз следует проводить с
 - Расслаивающейся аневризмой аорты
6. . Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение
 - 1% раствора морфина гидрохлорида
7. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением
 - клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты
8. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает
 - немедленную госпитализацию
9. При выписке из стационара пациенту проведение двойной антитромбоцитарной (ацетилсалициловая кислота 100 мг , клопидогрел 75 мг) терапии следует
 - продолжить до года в прежнем режиме
- 10.Пациенту назначен бисопролол в дозе 2,5 мг 1раз в сутки .В дальнейшем коррекция дозы
 - требуется до максимально переносимой
11. Учитывая результаты повторной Эхо КГ , теста 6-ти минутной ходьбы пациенту целесообразно назначить
 - антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- 12.После выписки из стационара принимаемый пациентом ингибитор АПФ (периндоприл 4 мг) в схеме лечения следует
 - оставить

Задача 256

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы на отдышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление отдышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально, служил в армии. Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет. Наследственность:отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией. Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет. Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус при осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м². Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

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

-клинический анализ крови

-биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

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

-Эхо-КГ

-ЭКГ в покое

3) Какой предполагаемый основной диагноз?

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% ПА ст., III ФК NYHA

4) Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

-Признаки ГЛЖ

5. Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

-блокаторы рецепторов ангиотензина II

6.) Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов

7. Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают ограничение потребления соли и жидкости

8.Антагонистом кальция включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии является

-Амлодипин

9.Жалобами на увеличенные болезненные грудные железы у пациента могут быть обусловлены приемом

-Спиринолактона

10.В данной ситуации пациенту следует рекомендовать заменить спинолактон на

-Эплеренон

11. Прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов (Эплеренон , спинолактон) может неблагоприятно взаимодействовать

-Блокатором рецепторов ангиотензина

12.Пациентам с низкой фракцией сердечного выброса , получающим антагонисты минералокортикоидных рецепторов , рекомендовано регулярно контролировать в крови содержание

-калия

Задача 257

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

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

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

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

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

1. Обязательным лабораторным методом обследования является
 - общий анализ крови
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является
ЭФГДС с биопсией слизистой оболочки и определением обсемененности *H. pylori*
3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования
- Язвенная болезнь желудка в стадии обострения
4. К фоновому заболеванию, которое имеется у пациента, относится
 - хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией *H. Pylori*
5. В зависимости от язвенного дефекта язвой малых размеров считается язва до ____ см
- 0.5 см
6. Локализация язвы в желудке по сравнению с язвой в 12-ти перстной кишке встречается
- реже
7. Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка является инфицирование слизистой желудка *H. Pylori*
8. Наиболее точным неинвазивным методом диагностики инфекции *H. pylori* является уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами ¹³C или ¹⁴C
9. Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антигеликобактерную терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с
 - кларитромицином и амоксициллином
10. Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет
- 4-6 недель
11. Для контроля эрадикации *H. Pylori* определяют
 - Антиген *H. Pylori* в кале
12. Перед назначением препаратов « третьей линии » для эрадикационной терапии необходимо определение индивидуальной чувствительности *H. Pylori* к антибиотикам.

Задача 258

Больной Б. 36 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы на боль в эпигастральной области, умеренной интенсивности, возникающую через 20 - 30 мин после приема пищи, без иррадиации. Так же беспокоит частая отрыжка, срыгивание кислым, изжога, неприятный вкус во рту, чувство быстрого насыщения, плохой сон, периодически – запор.

Анамнез заболевания Считает себя больным около года. Ранее к врачу не обращался. При появлении боли и изжоги принимал антацидные препараты с положительным эффектом. Неделю назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось: вновь появилась боль в эпигастриальной

Анамнез жизни Перенесенные заболевания: детские инфекции, острые респираторные инфекции. Профессиональный анамнез: работает шофером на междугородных перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи длительные, еда всухомятку. Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко (не более 200 мл крепких алкогольных напитков в неделю). Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластичная, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/70 мм рт. ст. Язык обложен тонким белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

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

- анализ кала на скрытую кровь,
- клинический анализ крови

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

- исследование на инфекцию *Helicobacter pylori*,
- УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря,
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

Хронический *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит в фазе обострения с синдромом диспепсии

4. Наиболее вероятной причиной развития данного заболевания послужило

- инфицирование *Helicobacter pylori*

5.Обсеменение слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* сопровождается формированием поверхностного антрального гастрита и доденита и ведет к _____уровня гастриина с последующем _____секреции соляной кислоты
-повышению, усилению

6. Тактика ведения в данной ситуации подразумевает назначение схемы эрадикации *Helicobacter pylori* «первой линии»

7. Препаратами, входящими в трехкомпонентную схему эрадикации *helicobacter pylori*, являются: ингибитор протонной помпы в удвоенной стандартной дозе, а также
- кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки)

8.Для уменьшения конкурентного лекарственного взаимодействия с препаратами , метаболизм которых осуществляется с помощью системы цитохрома P450 , необходимо помнить что среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома P 450 проявляют пантопразол и рабепразол

9. Контроль эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* проводится через _____после завершения курса
4-6 недель

10.Контроль эффективности эрадикационной терапии в данной ситуации следует провести
- через 2 недели

11. При проведении гастродуоденоскопии для выполненияморфологического метода диагностики инфекции *Helicobacter pylori* необходимо брать биопсию как минимум _____биоптата из тела желудка и _____биоптата из антрального отдела
-2;1

12.

5. В случае исчезновения симптомов диспепсии после успешной эрадикации *Helicobacter pylori* и отсутствия клинических проявлений в течение 6–12 мес. пациента следует отнести в группу больных с

-диспепсией, ассоциированной с инфекцией *H. pylori*

Задача 259.

Больная 60 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы: На частые ноющие боли в правом подреберье через 1,5 часа после употребления жирной пищи и при иногда физической нагрузке (наклоны, быстрая ходьба), с иррадиацией под правую лопатку; на сухость, горечь во рту, метеоризм, запоры

Анамнез заболевания: Росла и развивалась нормально.. Работает менеджером. Имеет 2-х взрослых детей. Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные заболевания. Наследственность: мать пациентки страдает артериальной гипертензией, желчнокаменной болезнью, ожирением. Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет. Питание нерегулярное. В течение последних трех месяцев целенаправленно придерживалась диеты с целью снижения массы тела, похудела на 2 кг.

Анамнез жизни: Считает себя больной около 4-х лет, когда стали беспокоить боли в правом подреберье после употребления жирной пищи и иногда - после физической нагрузки. К врачу не обращалась по данному поводу, лечилась самостоятельно, при боли принимала дротаверин с хорошим эффектом. Старалась ограничивать употребление жиров. Настоящее ухудшение в течение 4-х дней (после дня рождения): после

употребления большого количества жирной, жареной пищи появилась описанная выше боли, с приступами тошноты.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. ИМТ - 29,0. Температура тела - 36,7 С. Кожа и видимые слизистые розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система визуально не изменена, тонус нормальный, активные и пассивные движения в полном объеме. Щитовидная железа не увеличена. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в межреберье по среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы и резистентности. Пульс 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. АД — 130 и 80 мм рт. ст. Перкуторно: границы сердца в пределах возрастной нормы. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные. Частота дыхания 18 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна, голосовое дрожание проводится симметрично. При перкуссии - ясный легочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки; границы легких - в пределах нормы. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Слизистая рта и зева чистая, нормальной окраски. Язык влажный, обложен у корня тонким сероватым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье; определяется пальпаторная болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Мерфи, Василенко, Ортнера-Грекова не определяются. Размеры печени по Курлову - 10-9-7 см. При пальпации печень плотно-эластической консистенции, крайзакруглен, безболезненный. Селезенка не пальпируется, по данным перкуссии ее размеры 8х5см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 3)

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимическое исследование крови

2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят (выберите 2)

- ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей
- Электрокардиографическое исследование

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

-Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит с приступами билиарной боли.

4. Билиарная колика характеризуется признаками

-Захватывает эпигастральную область, нередко возникает в ночные часы, быстро нарастает, достигая «плато» может сопровождаться тошнотой и рвотой

5. К факторам, предрасполагающим к образованию холестериновых камней, относят

-Соблюдение очень низкокалорийной диеты, голодание.

6. В данной клинической ситуации обоснованными консервативными мероприятиями являются диета,

-Прием спазмолитиков, также возможен прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты

7. Оптимальный интервал ультразвукового контроля растворения желчных камней при лечении урсодезоксихолевой кислотой составляет мес.

-3-6

8. В отсутствие осложнений \наблюдение пациентов с желчнокаменной болезнью осуществляется желчнокаменной болезнью осуществляется

-терапевтом или гастроэнтерологом

9. Изменения, характерные для инфаркта миокарда нижней стенки, можно увидеть в отведениях

-II III aVF

10. Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение

-1% раствора морфина гидрохлорида

11. Выраженность сердечной недостаточности пациентки на момент осмотра соответствует классу по Killip

- I

12. Тактика ведения пациентки на данном этапе предполагает

-немедленную госпитализацию

Задача 260

Больная 28 лет обратилась в поликлинику

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

Анамнез заболевания Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.

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

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

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

-биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), ферритина сыворотки (ФС) и коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ),

- клинический анализ крови

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

-гинекологическое обследование: УЗИ органов малого таза,

-фиброгастродуоденоскопию (ФГДС)

3) Какой предполагаемый основной диагноз?

-Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести на фоне меноррагий, недавней беременности, лактации

- 4) Дифференциальный диагноз следует провести с В12-дефицитной анемией, другими гипохромными анемиями (талассемия, сидеробластная анемия, анемия при отравлении свинцом (Рв))
- 5) К принципам ферротерапии относят назначение препаратов железа предпочтительнее перорально в достаточной суточной дозе 100-300 мг/сутки, длительностью лечения 3-6 месяцев и поддерживающей терапией
6. Лечебная тактика данной пациентки включает лечебное питание, лечение железосодержащими препаратами
7. Ежедневная потребность взрослого человека в железе составляет ____ мг
- 1-2
8. Усиливают всасывание железа из продуктов растительного происхождения овощи и фрукты с высоким содержанием ____ кислоты
- аскорбиновой
9. Критерием эффективности назначенной терапии является повышение гемоглобина на 10 г/л к концу ____ недели лечения
- 4
10. Достаточная длительность курса лечения анемии средней степени тяжести пероральными препаратами железа составляет ____ месяца
- 4,5
11. О преодолении тканевой сидеропении можно судить по уровню
- сывороточного ферритина
12. Рекомендации пациентке для дальнейшей профилактики заболевания включают проведение поддерживающей терапии
- приём препаратов железа короткими курсами по 5-7 дней (100 мг/сутки) ежемесячно после менструации

Задача 261

Больная 28 лет обратилась в поликлинику

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

Анамнез заболевания Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.

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

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

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

-биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), ферритина сыворотки (ФС) и коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ),

-клинический анализ крови

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

- гинекологическое обследование: УЗИ органов малого таза,
- фиброгастроуденоскопию (ФГДС)

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

4.) К основным синдромам относятся анемический и сидеропенический

5. К принципам ферротерапии относят назначение препаратов железа предпочтительнее

-перорально в достаточной суточной дозе 100-300 мг/сутки, длительностью лечения 3-6 месяцев и поддерживающей терапией

6. Лечебная тактика данной пациентки включает лечебное питание, лечение железосодержащими препаратами

7. Наибольшей комплаентностью обладают препараты железа

-на основе гидроксид полимальтазного комплекса

8.Препаратом железа на основе гидроксид полимальтазного комплекса который можно назначить пациентке вместо Сорбифер дурулес , является

-Мальтофер

9. Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 7-10 сутки определяют

-количество ретикулоцитов

10. В рекомендациях по диете при лечении железодефицитной анемии необходимо помнить о том что ____ препятствует всасыванию железа

-чай

11. Показаний к переливанию эритроцитарной массы у данной пациентки нет, так как

- при анемии средней степени тяжести показаний для гемотрансфузий нет

12.) К биохимическим показателям, свидетельствующим о дефиците железа в депо относятся

-ферритин сыворотки (ФС), коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ)

Задача 262

Мужчина 28 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы на изжогу, боли за грудиной, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении.отрыжку кислым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков, сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса

Анамнез заболевания страдает изжогой в течение нескольких лет, за медицинской помощью не обращался. Отмечает усиление симптомов в течение последних нескольких месяцев. Самостоятельно периодически принимал антацидные препараты

Анамнез жизни Рос и развивался в соответствии с возрастом. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. В возрасте 5-ти лет – аппендэктомия. Курит 5 лет по 20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Работает менеджером, профессиональные вредности отрицает

Объективный статус Состояние удовлетворительное. ИМТ 20 кг/м². Кожа обычной окраски, влажности. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, симметрична, перкуторный звук ясный легочный. При аускультации над лёгкими выслушивается

везикулярное дыхание. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств, 76 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, звучные. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Поколачивание по 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 (выберите 2)
 - эзофагогастродуоденоскопии
 - рН-метрии
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: рефлюкс-эзофагит степени В
4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с
 - ИБС, хроническим бронхитом
5. В качестве фармакотерапии необходимо назначить ингибитор протонной помпы
6. Ингибиторы протонной помпы необходимо назначить
 - на срок в 4-6 недель
7. Из немедикаментозных методов лечения пациента применяют
 - сон с приподнятым головным концом кровати; исключение нагрузки, повышающей внутрибрюшное давление
8. . Оценку клинической эффективности назначенного лечения и эзофагодуоденоскопию необходимо провести через 1 месяц
- 9.Для стадии А согласно Лос-Анджелесской классификации , участок повреждений слизистой оболочки
 - до 5 мм
10. Учитывая сохранение симптомов в ночное время пациенту целесообразно назначить ИПП с модифицированным высвобождением активного вещества
 - Декслансопразол
- 11.Учитывая сохранение жалоб , для уменьшения « кислотного кармана» и нейтрализации кислоты в области пищеводно-желудочного перехода , пациенту необходимо назначить
 - Альгинаты
- 12.Осложнением не характерным для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является
 - полипоз пищевода

Задача 263

Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту
Жалобы на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при

умеренной нагрузке, усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение, дискомфорт в правом подреберье, отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота, перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигатран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально Работал слесарем. Вредные привычки отрицает Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

Объективный статус Состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела 36,5⁰С. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14х13х11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

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

- биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля,
- натрийуретические пептиды

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

- Эхокардиография,
- рентгенография органов грудной клетки

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК. Нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. CHA2DS-VASc 4 балла (возраст, АГ, ИБС, ХСН), HAS-BLED 1 балл. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35-37%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Асцит

4. При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать
 - диуретики
5. Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в
 - замене торасемида на фуросемид, предпочтительнее во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг
6. Дегидратационная терапия в активной фазе должна проводиться с превышением выделенной мочи над выпитой жидкостью не более _____ литра в сутки
-1-1,5
7. Уменьшение дозы диуретиков необходимо осуществлять при достижении больным состояния
-Эуволемии
8. Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента _____ ,
которые отсутствуют в ранее назначенной терапии
 - ингибиторы АПФ
9. Противопоказанием к назначению и АПФ является
-Гиперкалиемия
10. Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является
-Бисопролол
11. Противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является
-атрио-вентрикулярная блокада 2 степени
12. Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключаются в
 - регулярных дозированных физических нагрузках

Задача 264

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы · на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, · отеки голеней и стоп, · слабость, повышенную утомляемость, · сухость во рту, жажду, · дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни · Рос и развивался нормально · Работал мастером по металлу · Вредные привычки отрицает · Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,90С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

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

- биохимический анализ крови
- натрийуретические пептиды

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

- ЭКГ в покое
- Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый диагноз? Ответ:

-ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ трехлетней давности). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина меньше 8%. ХСНпФВ ЛЖ 46%, ПБ ст., ПФК NYHA

4. Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение Ответ:

- HbA1c = 7,6%

5. Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является Ответ:

- метформин

6. В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на Ответ:

- ингибитор АПФ

7. У пациентов с ХСН и нарушением функции почек при выборе и АПФ следует отдать предпочтение

- Фозиноприлу

8. Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в Ответ:

- замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

9. При замене у данного пациента метопролола принимавшегося в дозе 25 мг в сутки на бисопролол необходимо рекомендовать начальную дозу последнего равную _____ мг

-2,5

10. У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как Ответ:

- гипогликемия/сокращение признаков гипогликемии

11. Учитывая признаки застойных явлений у данного пациента, такому больному необходимо назначить

-торасемид

12. Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточности, является

-Снижение массы тела

Задача 265

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы · на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, · отеки голеней и стоп, · слабость, повышенную утомляемость, · сухость во рту, жажду, · дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни · Рос и развивался нормально · Работал мастером по металлу · Вредные привычки отрицает · Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,9°C. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) Ответ:
 - биохимический анализ крови
 - натрийуретические пептиды
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2) Ответ:
 - ЭКГ в покое
 - Эхо-КГ
- 3.Какой предполагаемый диагноз? Ответ:
 - ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ трехлетней давности). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина меньше 8%. ХСНпФВ ЛЖ 46%, ПБ ст., ПФК NYHA
4. Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение Ответ:
 - HbA1c = 7,6%
5. Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является Ответ:
 - метформин
6. В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на Ответ:
 - ингибитор АПФ
7. У пациентов с ХСН и нарушением функции почек при выборе и АПФ следует отдать предпочтение
 - Фозиноприлу
8. Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в Ответ:
 - замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол
- 9.В данной ситуации пациенту показана респираторная поддержка в виде неинвазивной вентеляции легких с _____давлением
 - положительным
10. В данной ситуации пациенту показано внутривенное болюсное введение
 - петлевых диуретиков
11. С целью уменьшения пред и постнагрузки пациенту в данной ситуации показано внутривенное введение
 - нитроглицерина
- 12.Пациентам сострой ХСН с низким сердечным выбросом , сохраняющимся явлениями застоя , гипоперфузии , несмотря на применение вазодилататоров и /или диуретиков рекомендованы препараты с _____эффектом
 - положительным инотропным

Задача 266

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового

Жалобы

На дискомфорт и боль в правой половине эпигастральной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время; тошноту натошак, отрыжку кислым содержимым; общую слабость; снижение работоспособности; головную боль.

1. Необходимые лабораторные методы – ОАК, уровень общего железа сыворотки, ферритина
2. Необходимые инструментальные методы – ЭГДС с проведением теста на хеликобактер
3. Диагноз – ЯБ ДПК, ассоциированная с хеликобактер, обострение
4. Анемия – железодефицитная, легкой степени тяжести
5. Лечение – эрадикационная антихеликобактерная терапия
6. Трехкомпонентная терапия первой линии: кларитромицин + ИПП + амоксициллин
7. Контроль эффективности: через 4-6 недель
8. Лечение осложнения: препараты железа
9. Курс препаратов железа: 3 месяца
10. Преимущества 3хвалентного железа: меньшая частота осложнений
11. Суточная доза препаратов железа: 100-300
12. Критерий эффективности: 4 недели

Задача 267

Ситуация

На прием к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 64 лет

Жалобы

На сухость во рту, часто и обильное мочеиспускание

1. Анализы: глюкоза, гликированный гемоглобин
2. Диагноз: СД 2 типа
3. Уточнение стадии поражения почек: соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи
4. Степень: С3а, А3
5. Группа: очень высокого риска
6. Рекомендации: низкокалорийная диета с исключением легкоусвояемых углеводов, ограничением животного белка, физические нагрузки
7. Целевой гликированный гемоглобин: 8,0
8. Сахароснижающая терапия: вилдаглиптин и метформин
9. Увеличение холестерина: увеличение дозы розувастатина
10. Целевое АД <130/80
11. Гипотензивная терапия неэффективна добавить: антагонист кальция
12. Гипотиазид у пациентов с ХБП: малоэффективен

Задача 268

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратился пациент 71 года

Жалобы

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

1. Методы исследования: пальпация периферических артерий, доплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса
2. Диагноз: СД 2 типа, диабетическая дистальная сенсо-моторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей
3. Сопутствующее: АГ 3 ст, очень высокий риск. Ожирение 1 ст
4. Целевое ХС ЛНП: 1,5
5. К терапии добавить: ацетилсалициловую кислоту, розувастатин
6. При назначении статинов необходимо контролировать: АЛТ, АСТ
7. Выраженный гиполипидемический эффект ...: максимальным периодом полураспада
8. Доза аспирина: 75-150
9. Целевой гликированный гемоглобин: 8,0
10. Для интенсификации сахароснижающей терапии добавить: алоглиптин
11. Повторный контроль гликированного гемоглобина: 3-6 месяцев
12. Ежегодный офтальмологический осмотр должен включать: офтальмоскопию

Задача 269

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратился пациент 71 года

Жалобы

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

1. Методы исследования: пальпация периферических артерий, доплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса
2. Диагноз: СД 2 типа, диабетическая дистальная сенсо-моторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей
3. Сопутствующее: АГ 3 ст, очень высокий риск. Ожирение 1 ст
4. ЛПИ: сАД на лодыжке/сАД на плече
5. При развитии критической ишемии нижних конечностей: реваскуляризация конечности
6. ЛПИ должен быть: менее 0,4
7. К терапии добавить: аспирин, розувастатин
8. Противовоспалительный, антипролиферативный и антиоксидантный эффект: плейотропный
9. Комбинированная терапия статинов с: эзетимибом
10. Целевой глик гемоглобин: 8,0
11. К сахароснижающей терапии добавить: алоглиптин
12. Рациональная сахароснижающая терапия: иДПП-4 + метформин

Задача 270

Ситуация

На приеме к участковому терапевту обратился пациент 65 лет

Жалобы

На эпизоды тошноты, потливости, чувства голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи

1. анализы: ОАК, глик гемоглобин
2. Диагноз: СД 2 типа. Гипогликемия
3. Стадия ХБП: 2
4. Рекомендации по лечению СД: отмена глибенкламида и назначение иДПП-4
5. иДПП-4: ситаглиптин, вилдаглиптин
6. целевой глик гемоглобин зависи от: возраста
7. целевой глик гемоглобин: 7,5
8. мероприятия необходимо начинать при гипогликемии менее: 3,9
9. мероприятия: прием 1-2 ХЕ легкоусваиваемых углеводов
10. мероприятия при тяжелой гипогликемии: в/в струйное введение 60 мл 40% раствора глюкозы
11. при снижении СКФ необходимо отменить: метформин
12. отменить метформин до и после рентгенконтрастных процедур: 2

Задача 271

Ситуация

На приеме к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

На сухость во рту, жажду, онемение стоп, боли в ногах (преимущественно ночью)

1. исследования: оценка нарушений чувствительности, определение сухожильных рефлексов
2. диагноз: СД 2 типа. Диабетическая нейропатия, сенсомоторная форма
3. сопутствующая: АГ 3 ст, очень высокий риск, ожирение 1 ст
4. лечение осложнений: прегабалин
5. целевой глик гемоглобин: 7,5
6. доза гликлазида: 60
7. повторный контроль глик гемоглобина: 3 месяца
8. ретинопатия: офтальмоскопия при расширенном зрачке
9. раневой дефект: 2 ст
10. классификация раневых дефектов: 5 ст
11. Антибиотики со: 2 ст
12. Измерение: ЛПИ

Задача 272

Ситуация

На приеме к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

На сухость во рту, жажду, онемение стоп, боли в ногах (преимущественно ночью)

1. исследования: оценка нарушений чувствительности, определение сухожильных рефлексов
2. диагноз: СД 2 типа. Диабетическая нейропатия, сенсомоторная форма
3. сопутствующая: АГ 3 ст, очень высокий риск, ожирение 1 ст
4. лечение осложнений: прегабалин
5. целевой гликированный гемоглобин: 7,5
6. доза гликлазида: 60
7. повторный контроль гликированного гемоглобина: 3 месяца
8. снижение СКФ отмена: метформина
9. форма: нейропатическая
10. измерение: ЛПИ
11. тяжелая ишемия ЛПИ: менее 0,4
12. основа профилактики: достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликированного гемоглобина

Задача 273

Ситуация

На приеме к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет

Жалобы

На сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, общую слабость, тошноту, однократную рвоту

1. анализы: экспресс-анализ гликемии, ОАМ с определением кетоновых тел
2. диагноз: СД 1 типа. Диабетический кетоацидоз
3. тактика: госпитализация в стационар
4. начальная доза инсулина: 0,1-0,15
5. в последующие часы инсулин: 0,1
6. суммарный дефицит воды: 500-1000
7. в 1 сутки: 50%
8. в 1 сутки не следует снижать уровень глюкозы: менее 13-15
9. целевой гликированный гемоглобин: 6,5
10. повторный контроль гликированного гемоглобина: 3 месяца
11. контроль глюкозы: не менее 4 раз ежедневно
12. рекомендации по питанию: общее употребление белков, жиров и углеводов, не отличающееся от такого у здорового человека

Задача 274

Ситуация

На приеме к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет

Жалобы

На сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, общую слабость, тошноту, однократную рвоту

1. анализы: экспресс-анализ гликемии, ОАМ с определением кетоновых тел
2. диагноз: СД 1 типа. Диабетический кетоацидоз
3. тактика: госпитализация в стационар
4. регидратационная терапия: 15-20
5. скорость регидратации зависит от: ЦВД
6. дефицит жидкости должен быть восполнен в течение: 24-48 часов
7. коррекция гликемии через инфузомат: 0,1
8. скорость снижения глюкозы: 4
9. целевой глик гемоглобин: 6,5
10. контроль глюкозы: не менее 4 раз ежедневно
11. кратность ежегодного посещения офтальмолога: 1
12. повторный контроль глик гемоглобина: 3 месяца

Задача 275

Ситуация

Больной А., 37 лет, обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

1. анализы: ОАК, исследование обмена железа, анализ кала на скрытую кровь
2. инструментальные методы: ЭГДС, колоноскопия
3. диагноз: железодефицитная анемия легкой степени тяжести алиментарного генеза
4. критерии ВОЗ: 130
5. критерий оценки: уровень гемоглобина
6. причина: неполноценное питание
7. тактика: препараты железа
8. преимущества 3хвалетного железа: меньшая частота осложнений
9. способ введения: пероральный
10. длительность: 3 месяца
11. контроль: количество ретикулоцитов
12. Для усиления всасывания железа: аскорбиновая кислота

Задача 276

Ситуация

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы

На сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок – быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина

1. Анализы: ОАК, б/х крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия
2. Инструменты: ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ
3. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения 1 ФК. Ожирение 1 ст
4. Риск: очень высокий
5. Для уточнения ИБС: пробы с дозированной физической нагрузкой
6. Противопоказание для проб: СН 3-4 ФК
7. Причина прекращения пробы: подъем ST больше 1 мм
8. Тактика: комбинированная терапия бета-блокаторами в адекватной дозе, аспирином, статинами
9. Доза аспирина: 75-150
10. В рационе следует увеличить: полиненасыщенные жирные кислоты
11. Целевой уровень ХсЛНП: 1,5
12. Побочное действие статинов: повышение активности печеночных трансаминаз

Задача 277

Ситуация

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы

На сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок – быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина

Анализы: ОАК, б/х крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия

Инструменты: ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ

Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения 1 ФК. Ожирение 1 ст

Для уточнения ИБС: пробы с дозированной физической нагрузкой

Противопоказание: лихорадка

Прекращение пробы: стойкое снижение сАД более чем на 10 мм рт ст от исходного

Тактика: комбинированная терапия бета-блокаторами в адекватной дозе, аспирином, статинами

Доза аспирина: 75-150

Побочное действие статинов: повышение активности печеночных трансаминаз

Повторный анализ на липиды, печеночные трансаминазы: 4-6 недель

Увеличение печеночных трансаминаз более чем в 3 раза

При повышении трансаминаз перейти на эзетимиб

Ситуационная задача №278

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.

- Домохозяйка.

- Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких.

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

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

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

-ЭКГ в 12 отведения, - Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.

4. Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной, указывают на

Гипертрофию левого желудочка

5. Пациентке, без установленного ранее диагноза ИБС необходимо оценить предтестовую вероятность. Предтестовая оценка вероятности базируется на оценке характера болей и

Возраста и пола

6. у пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) ишемической болезни сердца составляет 28%. На основании этого следует

Направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные и визуализирующие диагностические исследования

7. Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается

Депрессия сегмента ST на 1 мм и более

8. препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

Короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

9. Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

Ингибитора АПФ

10. Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови определением

Уровня креатинина и расчетом СКФ

11. при назначении статина корректировать дозу препарата следует через _____ недели (-ю)

12. Целевое значение ЧСС у пациентки составляет ____ ударов в минуту
50-60

Ситуационная задача № 279

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.

- Домохозяйка.

- Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких.

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

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

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

-ЭКГ в 12 отведения, - Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Гипертоническая болезни III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.

4. Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной, указывают на

Гипертрофию левого желудочка

5. Для уточнения диагноза ИБС при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке, необходимо проведение

Проб с дозированной физической нагрузкой

6. При сомнительных результатах обычной нагрузочной пробы в ходе первоначальной диагностики ИБС пациентам показано выполнение

Стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой

7. Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

Ингибитора АПФ

8. Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови определением

Уровня креатинина и расчетом СКФ

9. Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить

Ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

10. Пациентке назначен бисопролол, антиангинальное действие которого заключается в

Снижении потребности миокарда в кислороде

11. препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются Короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

12. Благоприятное действие нитроглицерина у больных со стенокардией обусловлено Снижением преднагрузки

Ситуационная задача 280

Ситуация

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалоба

- боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость,
- сердцебиение

Анамнез заболевания

- росла и развивалась нормально
- пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза
- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - клинический анализ крови
 - биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля
- 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
 - ЭКГ в покое
 - Эхо-КГ
- 3. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - Основное: ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий. Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 40%, II А ст., III ФК NYHA
- 4. Основой патогенетической терапии ХСН у больной являются

Ингибиторы АПФ

5. Стратегия терапии нарушения ритма сердца у больной

Контроль ЧСС

6. Препараты, назначение которых наряду с бета-адреноблокаторами показано больной для контроля ЧС при постоянной форме трепетания предсердий

Сердечные гликозиды (дигоксин)

7. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

CHA2DS2VASc

8. Расчет индекса риска в баллах по шкале CHA2DS2VASc основан на учете таких факторов как сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт/ТИА, заболевания сосудов, возраст и

Женский пол

9. Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны

Новые оральные антикоагулянты

10. К новым оральным антикоагулянтам относят

Апиксабан

11. Данной пациентке назначен апиксабан в дозе _____ мг 2 р/сутки
2,5

12. Риск кровотечений следует оценивать по шкале
HAS-BLED

Ситуационная задача 281

Идентична 280

Ситуационная задача 282

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
- слабость, повышенную утомляемость,
- сердцебиение при физической нагрузке

Анамнез заболевания

- рос и развивался нормально, служил в армии
- генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте

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

- клинический анализ крови
- биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

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

- ЭКГ в покое
- Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый диагноз?

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% IIА ст., III ФК NYHA

4. Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

Признаки ГЛЖ

5. Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

Блокаторы ангиотензиновых рецепторов

6. Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

Блокаторов рецепторов ангиотензина + бета-адреноблокаторов + антагонистов минералокортикоидных рецепторов

7. Лечение бета-блокаторами следует начинать с средней терапевтической дозы
1/8

8. Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

Амлодипин

9. Антагонисты минералокортикостероидных рецепторов назначаются пациентам с ХСН в дозе мг/сутки

25-50

10. К антагонистам минералокортикостероидных рецепторов относят

Эплеренон

11. Для Объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

ШОКС

12. Возникновение кашля у пациента на фоне приема иАПФ было обусловлено накоплением в верхних дыхательных путях

Брадикинина

Ситуационная задача №283

Ситуация

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

- На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при небольшой физической нагрузке — ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону.

- На боли и судороги в икроножных мышцах при ходьбе

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально

- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 15 лет.

- Наследственность: сведений нет

- Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

- Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.

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

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

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

-ЭКГ в 12 отведения, - Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

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

4. Изменения на ЭКГ, выявленные у больного

Полная блокада левой ножки пучка Гиса.

5. Основными целями медикаментозной терапии у данного больного являются

Устранение симптомов и профилактика сердечно-сосудистых событий

6. Тактика лечения данного больного должна включать

Реваскуляризацию

7. 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. Коррекции дислипидемии у данного больного подразумевает

- увеличение дозы розувастатина

9. Пациенту в данной ситуации необходимо добавить к терапии

Ивабрадин

10. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту необходимо назначить ингибиторы

АПФ

11. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии больного ИБС являются

Короткодействующие нитраты

12. Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются

Мужской пол, возраст.

Ситуационная задача №284

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на

- одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое,
- эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение,
- тяжесть в правом подреберье,
- отеки голеней и стоп,
- слабость, повышенную утомляемость,
- уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально.
- Работал токарем.

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

- клинический анализ крови
- биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

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

- ЭКГ в покое
- Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.

4. Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

Ингибиторы АПФ

5. Абсолютным противопоказанием для назначения иАПФ является

Двусторонний стеноз почечных артерий

6. После начала терапии иАПФ допустимо увеличение уровня креатинина на % выше исходных значений

50

7. Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать

Диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов

8. Терапию диуретиками необходимо начинать с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса больного не составит кг ежедневно

0,5 – 1,0

9. В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

Тяжелая декомпенсация ХСН

10. Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

Петлевых диуретиков (фуросемид, торасемид)

11. У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима

динамическая оценка показателя

СКФ

12. При развитии у больного гинекомастии на фоне длительного приема спиронолактона **необходимо заменить его на**

Эплеренон

Ситуационная задача №284

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на

- одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое,
- эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение,
- тяжесть в правом подреберье,
- отеки голеней и стоп,

- слабость, повышенную утомляемость,
- уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально.
- Работал токарем.

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

- клинический анализ крови
- биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

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

- ЭКГ в покое
- Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.

4. Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

Ингибиторы АПФ

5. Прием иАПФ следует прекратить при увеличении концентрации калия в крови больше ммоль/л

5,5

6. Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов

Диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов

7. Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

Петлевых диуретиков (фуросемид, торасемид)

8. Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточностью является

Снижение массы тела

9. В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

Тяжелая декомпенсация ХСН

10. При стабильной ХСН необходимо назначить низкие дозы бета-адреноблокатора с удвоением дозы 1 раз в день/дня

14

11. У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима

динамическая оценка показателя

СКФ

12. При снижении СКФ меньше 60 мл/мин дозу принимаемого иАПФ следует Уменьшить вдвое

Ситуационная задача №285

Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту

Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Хронические заболевания отрицает.

В 16 лет — оперативное лечение крипторхизма.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергоанамнез не отягощен.

Отец здоров, у матери открытое овальное окно.

Анамнез жизни

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся (выберите 3)

-регистрация ЭКГ в 12 отведениях

- суточное мониторирование ЭКГ

- трансторакальное эхокардиографическое исследование

2. Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня

Мозгового натрийуретического пептида

3. Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является

Желудочковой тахикардией

4. Основным заболеванием является

Гипертрофическая кардиомиопатия

5. Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии характерно нарушение внутрисердечной гемодинамик и развитием градиента давления в выходном тракте левого желудочка и/или реже в среднем отделе ЛЖ больше мм. рт. ст.,

30

6. Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу

HCM Risk SCD

7. Для определения и количественной оценки динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка данному пациенту рекомендуется проведение

ЭХО-КГ в условиях нагрузки

8. В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять

Бета-блокаторы

9. В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение

Верапамила

10. В случае отсутствия значимого симптоматического эффекта монотерапии В-АБ или верапамилем рекомендовано их комбинированное назначение с

Дизопирамидом

11. Имплантация кардиовертера-дефибрилятора может быть рекомендована пациенту с ГМКП если 5-ти летний риск ВСС по шкале HCM Risk-SCD составляет и более %

4

12. Переоценка риска ВСС осуществляется каждые года/лет

1-2

Ситуационная задача №286

Идентична 285

Ситуационная задача №287

Ситуация

Пациентка 64 лет вызвала участкового терапевта на дом через 2 часа после начала заболевания.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 3 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась соответственно возрасту;

- по профессии биохимик;

- перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия В возрасте 12 лет, аппендэктомия — 23 лет, грыжесечение — 55 лет;

- наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 52 лет, мать страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом, жива, 85 лет;

- вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает;

- беременностей 2, родов — 2. Менопауза с 52 лет, протекала без особенностей;

- регулярно не обследовалась, к врачам не обращалась, отмечала эпизоды повышения артериального давления, точных цифр не помнит;

1. К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят определение уровня

Тропонина I в динамике

2. Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является
ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое
3. Какой диагноз можно поставить данной больной на основании имеющихся данных?
ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Атеросклероз аорты, коронарных артерий.
4. В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение артерии
Правой коронарной
5. Для обезболивания пациентке показано назначение
Морфина
6. Морфин, разведенный физиологическим раствором как минимум в 10,0 мл , следует вводить внутривенно дробно в дозе — мг
2-4
7. Пациентке необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и
Клопидогрель
8. С учетом планирующегося первичного чрескожного коронарного вмешательства нагрузочная доза клопидогрела должна составлять мг
600
9. Пациентке показано внутривенное введение
Атропина
10. При неэффективности атропина рекомендовано провести
Временную электрическую кардиостимуляцию
11. Проведение чрескожного коронарного вмешательства больной
Показано в экстренном порядке
12. Пациентке показано назначение аторвастатина в дозе мг
40-80

Ситуационная задача №288

Ситуация

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику

Жалобы

На повышение артериального давления, максимально до 185/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания

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

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

-оак

- глюкоза, калий, натрий...

- определение липидного профиля

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

СМАД

3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

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

4. К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относят

Ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность, курение

5. Целевыми значениями артериального давления для пациентов в возрасте до 65 лет, страдающих сахарным диабетом, являются < ММ рТ.СТ

130/80

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

2

7. Рациональной комбинаций гипотензивных препаратов у данного больного будет назначение блокатора рецептора ангиотензина и

Антагониста кальция

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

Альфа-адреноблокаторы

9. Фармакотерапия дислипидемии у данного пациента подразумевает

Назначение статинов в высоких дозах до достижения целевого ЛНП менее 1,5 ммоль/л

10. Прием статина требует контроля

АСТ, АЛТ

11. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c менее _____

7,5

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

3-4

Ситуационная задача №289

Ситуация

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался соответственно возрасту;

- по профессии бухгалтер;
- перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия В возрасте 56 лет;
- наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет;
- вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет В день В течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает;
- регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

Анамнез жизни

- Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые В жизни;

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторными методами обследования относят определение уровня (выберите 2)

МВ-фракции креатинкиназы в динамике

тропонина | в динамике

2. Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения являются (выберите 2)

ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое

коронароангиография

3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании имеющихся данных?

ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Атеросклероз аорты, коронарных артерий.

4. Для обезболивания пациенту показано назначение

Морфина

5. Госпитализация пациенту

показана в экстренном порядке

6. Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

Тикагрелор

7. Нагрузочная доза тикагрелора должна составлять мг

180

8. Статины необходимо назначить в дозах независимо от уровня холестерина и при условии хорошей переносимости и отсутствии противопоказаний

ВЫСОКИХ

9. Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

Показано в экстренном порядке

10. Характерными электрокардиографическими признаками фибрилляции предсердий являются

отсутствие зубцов Р, наличие волн ff, нерегулярность ритма желудочков

11. В данной клинической ситуации необходимо выполнить

немедленную электрическую кардиоверсию

12. При выполнении электрической кардиоверсии необходимо выбрать начальную энергию = электрического разряда равную Дж (бифазный)

120-150

1.

Ситуационная задача 290

Ситуация

Пациентка К. 54 лет на осмотре у врача – гастроэнтеролога.

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 принимающих 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

- Росла и развивалась нормально;
- Замужем, имеет двоих здоровых детей;
- Работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- Курит по 20 сигарет в день в течение 30 дней, злоупотребление алкоголем отрицает.
- В анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- Не переносимость лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

1. **У больной наиболее вероятным диагнозом является**
Хронический билиарнозависимый панкреатит
2. **Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром**
Внешнесекреторной панкреатической недостаточности
3. **В течение последнего месяца заболевания у больной развился синдром**
Эндокринной панкреатической недостаточности
4. **Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является**
Мультиспиральная компьютерная томография
5. **Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение:**
Гликозилированного гемоглобина HbA1c
6. **Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение**
Фекальной эластазы (ФЭ-1)

7. О тяжелой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 в кале равной _____ мкг/г
0-100
8. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение Ферментных препаратов
9. Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета 25-40 тыс.ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс.ед. в промежуточный прием
10. При развитии панкреатогенного сахарного диабета (тип 3С) лечение, в большинстве случаев, должно проводиться Инсулином
11. Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является Парацетамол
12. У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения Остеопороза

Ситуационная задача 291

Пациентка С. 54 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

. на ноющие боли в эпигастральной области на голодный желудок, боли стихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды;

- ° ночные боли;
- ° чувство тяжести после еды;
- ° метеоризм;
- ° общую слабость.

Анамнез заболевания

Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает. Не курит, алкоголь не употребляет.

Аллергические реакции отрицает.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей — 1, роды — 1. Наследственность: у отца язвенная болезнь.

1. Для постановки полного диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются (выберите 2)

Общий анализ крови

Анализ кала на скрытую кровь

2. Необходимым инструментальным методом обследования для постановки правильного диагноза является

Эзофагогастродуоденоскопия

3. Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии неполного рубцевания. Эрозивный гастрит, ассоциированный с *H.pylori*

4. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки к типичным относят боли «голодные», возникающие через 1,5-2 часа после еды

5. Золотым стандартом в диагностике *H.pylori* является

¹³C уреазный дыхательный тест

- 6. Серологический метод выявления антител *H.pylori* используется только при Первичной диагностике инфекции *H.pylori* и определении антител, относящихся к классу IgG**
- 7. Средством базисной терапии обострений язвенной болезни являются Ингибиторы протонной помпы**
- 8. Среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют Рабепразол и пантопразол**
- 9. Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию Ингибиторы протонной помпы, кларитромицина, амоксицилина**
- 10. Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях) 10-14**
- 11. Контроль эрадикации *H.pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях) 4-6**
- 12. Кратность ежегодного посещения врача- гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет _ раз/ раза 1**

Ситуационная задача 292

Ситуация

Пациентка Б. 56 лет на осмотре врача — гастроэнтеролога.

Жалобы

- на боли в эпигастральной области, ноющего характера, без четкой связи с приемом пищи, жжение в эпигастрии после еды;
- редко изжогу, кислый привкус во рту;
- слабость, повышенную утомляемость

Анамнез заболевания

- ° росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. Имеет высшее образование, по профессии экономист. С профессиональными вредностями контакта не имела;
- ° наследственность: мать страдает хроническим панкреатитом, ЖКБ;
- ° не курит, употребление алкоголя отрицает;
- аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено;
- ° питается регулярно, аппетит сохранен.

1. Необходимым методом исследования для постановки правильного диагноза является

Эзофагогастродуоденоскопия

2. Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

Эрозивный гастрит, ассоциированный с приемом НПВС (диклофенак)

3. Для лечения и профилактики НПВП- гастропатии наиболее эффективны Ингибиторы протонной помпы (ИПП)

4. Антисекреторным препаратом — ингибитором протонной помпы является Эзомепразол

5. Среди ингибиторов протонной помпы (ИПП) самое низкое сродство с цитохромом P450 проявляют

Рабепразол и пантопразол

6. Повысить эффективность лечения НПВП-гастропатии позволяет прием

Ингибитора протонной помпы (ИПП) и висмута трикалия дицитрата

7. Перед длительным назначением НПВП рекомендуется

Обследование больных на *H.pylori*

8. При высоком риске развития НПВП-гастропатии следует отдавать предпочтение

Селективным ЦОГ-2 НПВП в сочетании с ИПП

9. К селективным ЦОГ-2 относят

Целекоксиб

10. Риск осложнений при НПВП-гастропатии повышается при

Антикоагулянтов или кортикостероидов

11. Риск развития НПВП-гастропатии меньше при лечении

Ибупрофеном

12. Основным отличием симптоматических язв от язвенной болезни является

Отсутствие хронического рецидивирующего течения

Ситуационная задача 293

Ситуация

Больная З., 44 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодический приступообразный практически сухой кашель (отхождение мокроты скудное); на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери — бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез, со слов, не отягощен.

1. Первым этапом диагностики будет выполнение (выберите 3)

ЭГДС

Рентгенологическое исследование легких

спирометрия

2. Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий целесообразно выполнить (выберите 2)

Определение уровня эозинофилов в мокроте

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. Какой диагноз можно у поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии. Хронический *Helicobacter pylori*—ассоциированный гастрит в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва пилорического отдела желудка диаметром 6 мм)

6. Приоритетным будет у назначение следующей схемы лечения

Тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

7. При неэффективности у лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует

Подтвердить наличие гастроэзофагеального рефлюкса с помощью объективного метода исследования - 24-часовой рН-импедансометрии

8. Для лечения крапивницы в данной ситуации следует назначить

цетиризин

9. При сохранении симптомов ч крапивницы через 2 недели необходимо увеличить дозу принимаемого антигистаминного препарата в раза

4

10. При неэффективности у применения антигистаминного препарата в 4-х кратной дозе рекомендовано к терапии добавить

Циклоспорин А

11. В дальнейшем для у эрадикационной терапии пациентке следует назначить

Ингибитора протонного насоса + висмута трикалия дицитрата _ тетрациклина+ метронидазола

12. При язвенной болезни у беременных назначают

Невсасывающиеся антациды и адсорбенты

Ситуационная задача 294

Ситуация

Больной Д., 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.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный

анамнез: у отца в возрасте 53 лет - инфаркт миокарда, у матери — хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

1. Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются (выберите 3)

Клинический анализ крови

Анализ кала на скрытую кровь

Липидный профиль сыворотки крови

2. Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение (выберите 4)

ЭГДС

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Эхо-КГ

Пробы с физ.нагрузкой

3. Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо

Исследование на наличие инфекции *H.pylori*

4. Укажите причину неприятных ощущений за грудиной у данного пациента
ГЭРБ

5. Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинических данных и инструментальных методов обследования?

Основное заболевание: ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии; хронический *Helicobacter pylori*—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 схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + прокинетики в стандартной дозе

7. К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится
итоприд

8. В России схемой первой линии эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является схема

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки)+кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сут)+ амоксициллин (по 1000 мг 2 р в сут)

9. Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет
4-6 недель

10. Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации *H. pylori* рекомендовано применять

Определение антигена *H.pylori* в кале

11. Методом, позволяющим верифицировать диагноз ГЭРБ является

Внутрипищеводная суточная рН-метрия

12. Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ будет
Повторные кровотечения

Ситуационная задача 295

Ситуация

Больная З., 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

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен.

1. Выберите необходимые методы инструментального исследования (выберите 3)

Рентгенологическое исследование легких

Спирометрия

ЭГДС

2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить пациентке для верификации клинического диагноза (выберите 3)

бронхоконстрикторные тесты

исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

определить уровень эозинофилов в мокроте

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

Пищеводную манометрию высокого разрешения

4. Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является

микроаспирация

5. Выставьте клинический диагноз пациентке на основании результатов клинικο-лабораторных и инструментальных методов обследования

Основное заболевание: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, эрозивный эзофагит

6. Лечение необходимое данному пациенту включаетназначение

Прокинетики в стандартной дозе+ингибитор протонной помпы в стандартной дозе

7. К стимуляторам моторики у желудочно-кишечного тракта относится

итоприд

8. Учитывая результаты ЭГДС у пациентке назначен рабепразол в дозе мг в день

20

9. Продолжительность основного курса ИПП с учетом результата ЭГДС составит недель(-и)

4

10. При заживлении эрозии пищевода поддерживающая терапия ИПП должна составлять минимум

недель(-и)

16

11. В качестве монотерапии антациды можно применять при

Редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

12. Препаратами выбора для лечения изжоги беременных являются

Альгинаты

Ситуационная задача 296

Больная З., 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

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен

Анамнез жизни

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,60С. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - 22.31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии — границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Выберите необходимые методы инструментального исследования (выберите 3)

- Рентгенологическое исследование легких
- Спирометрия
- ЭГДС

2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить пациентке для верификации клинического диагноза (выберите 3)

- Бронхоконстрикторные тесты
- Исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- Определить уровень эозинофилов в мокроте

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

- Пищеводную манометрию высокого разрешения

4. Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является

- микроаспирация

5. Выставьте клинический диагноз пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования

- Основное заболевание: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, эрозивный эзофагит

6. Лечение необходимое данному пациенту включает назначение

- Прокинетики в стандартной дозе + ингибитора протонной помпы в стандартной дозе

7. В качестве прокинетики пациентке назначен _____ в дозе 50 мг 3р/д

- Итоприда гидрохлорид

8. Учитывая результаты ЭГДС пациентке назначен омепразол в дозе ____ мг 2 раза в день

- 20

9. Продолжительность основного курса ИПП с учетом результата ЭГДС составит ____ недель (-и)

- 4

10. При заживлении эрозии пищевода поддерживающая терапия ИПП должна составлять минимум ____ недель (-и)

- 16-24

11. Из немедикаментозных методов лечения пациентке следует рекомендовать

- Исключение нагрузки, повышающей внутрибрюшное давление

12. С патофизиологической точки зрения ГЭРБ это

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

Ситуационная задача 297

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,

. слабость, повышенную утомляемость,

. сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально, служил в армии

. Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте

- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет

- Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.

. Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 14,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет

- Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ — сухой кашель.

Анамнез жизни

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ= 33,7 кг/м². Окружность живота — 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая — в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя- верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД -155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10х8х7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

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

Клинический анализ крови

Биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

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

ЭКГ в покое

Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% IIА ст., III ФК NYHA

4. Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больным с ХСН проводят Тест с 6-минутной ходьбы

5. С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя

Мозгового натрийуретического пептида (МНУП)

6. Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного
Признаки ГЛЖ

7. Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

Блокаторы рецепторов ангиотензина II

8. Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

Блокаторов рецепторов ангиотензина + бета-адреноблокаторов + антагонистов минералкортикоидных рецепторов

9. Прием антагонистов минералкортикоидных рецепторов (эплеренон, спиронолактон) может неблагоприятно взаимодействовать с

Блокатором рецепторов ангиотензина

10. Лечение бета-блокаторами следует начинать с ____ средней терапевтической дозы
1/8

11. Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают
Ограничение потребления соли и жидкости

12. Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

Физические тренировки

Ситуационная задача 298

Больная Ж., 73 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

- на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках,
- сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина,
- перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
- Работала директором фабрики до 65 лет.

— Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец — ХОБЛ. Умерли в возрасте более 70 лет.

. Замужем. Имеет 2 взрослых детей.

. В возрасте 40 лет перенесла ампутацию матки с придатками по поводу миомы.

- Не курит. Алкоголь не употребляет.

Анамнез жизни

Более 30 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 240/120 ммрт.ст. В течение 12—13 лет периодически беспокоили приступы сжимающих, давящих болей за грудиной, первоначально при значительных Физических нагрузках, подъемах АД. Затем толерантность к физической нагрузке стала снижаться. Около 6 лет беспокоят перебои в работе сердца, с этого времени для постоянного приема рекомендованы метопролол 50 мг и аспирин 100 мг. Десять лет страдает сахарным диабетом 2 типа, последние 4 года постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты, диету не соблюдает. В течение последнего полугодия приступы одышки и стенокардии нарушают бытовую активность больной, возникают при ходьбе по ровной местности не более 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 105 кг, окружность талии 102 см, ИМТ - 38,57 кг/м². На коже верхних век плоские, слегка возвышающиеся образования жёлтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево до левой передне-подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 90 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен, 84 в минуту. Дефицит пульса около 6 в мин. АД 160/90 ммрт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

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

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

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

- ЭКГ в 12 отведениях
- Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий, перманентная форма. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. ХСН I ст, III ФК NYHA. Ожирение 2 ст.

4. Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной

- Трепетание предсердий с неправильным (вариабельным) проведением. Гипертрофия левого желудочка.

5. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

- Короткодействующие нитраты
- 6.Терапия больной ИБС, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами должна включать
- Ингибиторы АПФ
- 7.При лечении пациентов со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС ____ в минуту
- 55-60
- 8.Целевые значения ЛПНП у данной больной при назначении ей статинов составляют
- Менее 1.5 ммоль/л
- 9.При недостижении целевых уровней холестерина пациентам со стабильной стенокардией, получающим статины, следует добавить
- Эзетимиб
- 10.Для оценки риска кардиоэмболического осложнения у данной пациентки с неклапанной фибрилляцией предсердий следует использовать
- Шкалу CHA2DS2-VASc
- 11.Для профилактики тромбоэмболических осложнений данной пациентке показано назначение
- Оральных антикоагулянтов
- 12.При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение
- Чрезкожного коронарного вмешательства

Ситуационная задача 299

Больной Д. 45 лет, бухгалтер. Обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На боли в области эпигастрии жгучего характера, появляющиеся через 1—2 часа после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

- курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь употребляет 0,5 пива в выходные дни.
- . профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было
- . мать здорова, у отца — рак желудка.

Анамнез жизни

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев. Сначала появилась боль, возникающая через 1—2 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли

усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Так же сообщает о том, что 4 месяца назад впервые начали беспокоить боли в коленных суставах, усиливающиеся при движении, самостоятельно начал принимать кетопрофен форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время. Курит, употребляет алкоголь.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 31 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

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

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови

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

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)
- Рентгенография пищевода и желудка

3.У данного пациента можно предположить наличие

- Язвенной болезни желудка

4.У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

- Недостаточного веса

5.У данного пациента сопутствующим заболеванием является

- Остеоартрит

6.Для уменьшения проявлений симптомов и заживления язвы рекомендуется назначить

- Ингибиторы протонной помпы

7.Продолжительность лечения ингибиторами протонной помпы у данного пациента должно составлять не менее ____ (пороговое значение в неделях)

- 4-8

8.Пациентам следует избегать употребление

- Чеснока

9.Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо выполнить

- Биопсию язвы

10.Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

- Синдром «рикошета»

11.При язвенной болезни пациенту следует принимать пищу ____ раз в сутки

- 5-6

12. Данному пациенту вне обострения показано

- Санаторно-курортное лечение

Ситуационная задача 300

Больной 56 лет, электрик. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в области эпигастрия жгучего характера, появляющиеся через 1—2 часа после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

- курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь: употребляет 0,5 л пива в выходные дни. профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было
- мать здорова, у отца — рак желудка.

Анамнез жизни

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев: сначала появилась боль, возникающая через 1—2 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (Альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Также сообщает, что 2 недели назад впервые начали беспокоить головные боли, самостоятельно начал принимать Кетопрофен Форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортенера отрицательные. Периферических отеков нет.

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

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови

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

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)
- Рентгенография пищевода и желудка

3. У данного пациента можно предположить наличие
 - Язвенной болезни желудка
4. При обследовании данного пациента необходима верификация
 - *H. pylori*
5. Для исследования кислотообразующей функции желудка целесообразно
 - Суточной рН-метрии желудка
6. Для уменьшения проявлений симптомов и заживления язвы рекомендуется назначить
 - Ингибиторы протонной помпы
7. Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее ____ (пороговое значение в неделях)
 - 4-8
8. Данному пациенту следует рекомендовать
 - Частое, дробное питание
9. Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо выполнить
 - Биопсию язвы
10. Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является
 - Синдром «рикошета»
11. При верификации *H. pylori* у пациента с язвенной болезнью необходимо назначение трехкомпонентной эрадикационной терапии, включающей
 - Ингибитор протонной помпы, кларитромицин и амоксициллин
12. Пациенту с язвенной болезнью желудка вне обострения показано
 - Санаторно-курортное лечение

Ситуационная задача 301

Больной Н. 67 лет, водитель. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой.

Анамнез заболевания

- курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет
- . профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было
- отец здоров, у матери — гипертоническая болезнь

Анамнез жизни

Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешностей в питании, при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю вне зависимости от качества пищи. В течение последнего месяца состояние ухудшилось: усилились боли, особенно по ночам, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Антациды (Альмагель, Маалокс), применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в течение последнего месяца перестали действовать. При боли за грудиной принимал нитроглицерин — без существенного эффекта.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ 24 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин. АД 110/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательны.

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

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови

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

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)
- Рентгенография пищевода и желудка

3. У данного пациента можно предположить наличие

- Неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

4. Наиболее типичной клинико-анамнестической характеристикой ГЭРБ у данного пациента является наличие

- изжоги

5. Наиболее серьезным осложнением ГЭРБ является

- пищевод Баррета

6. Для снижения влияния кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку пищевода при ГЭРБ рекомендуется назначение препаратов из группы

- Ингибиторов протонной помпы

7. Для нормализации моторики пищевода необходимо назначить

- Прокинетики

8. Для профилактики возникновения изжоги рекомендуется назначение

- Ингибиторов протонной помпы

9. Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее ____ (пороговое значение в неделях)

- 4-8

10. Пациентам следует избегать употребления

- Томатов

11. В рамках модификации образа жизни пациенту необходимо

- Бросить курить

12. Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

- Синдром «рикошета»

Задача 302. Больной Е 67 лет работает в школе вахтером обратился к участковому врачу общей практики.

Жалобы: на головную боль мелькание мушек перед глазами на фоне повышения цифр АД

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

ОАК, БХ, ОАМ

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

ЭКГ, ЭхоКГ

3. У данного пациента можно предположить наличие

ГБ

4. У данного пациента цифры повышения АД относятся к категории

2 степень повышения АД

5. У данного пациента стадия ГБ

Определяется как 2

6. Данному пациенту необходимо

Начать АГ терапию

7. Данному пациенту в качестве терапии можно назначить

ИАПФ+ диуретик

8. Целевой уровень САД у данного пациента должен быть

130-139 мм рт ст

9. В качестве немедикаментозного лечения пациенту с АГ рекомендовано ограничение соли до

5г сут

10. С целью снижения риска СС осложнений всем пациентам с АГ рекомендовано

Выполнение умеренной физ активности

11. Показанием к экстренной госпитализации с АГ являются

Гипертонический криз не купирующийся на догоспитальном этапе

12. Для определения СС риска шкала

SCORE

303. Мужчина 35 лет обратился к врачу терапевту

Жалобы на периодические головные боли стук в висках, неоднократно повышение АД до 165/100

1.Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

КАК

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

ЭКГ, ЭхоКГ

3. Основным диагнозом данного пациента предполагается

гипертоническая болезнь 1 стадии 2 степени риск 2

4. фактором предполагающим к развитию АГ является

избыточная масса тела, ожирение

5. В рамках диспансеризации оценивают факторы риска и поражение органов мишеней не реже, чем

1 раз в год

6. наиболее предпочтительным вариантам лечения является назначение комбинации

ИАПФ и АК

7. физическая активность, снижающая риск СС осложнений подразумевает

аэробная активность, 2:30 в неделю умерен интенсивности

8. Целевым уровне АД для данного больного является

120-130

9. антигипертензивными препаратами, которые могут вызвать приступообразный кашель являются

ИАПФ

10. наиболее предпочтительным диуретиком для данного больного является

индапамид

11. лодыжечный плечевой индекс определяется при

подозрении на периферический атеросклероз

12. добиться нормальных значений, АД при помощи модификации образа жизни возможно при артериальной гипертензии

1 степени с низким и средним риском

Задача 304. Мужчина, 47 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На жгучие сдавливающие боли за грудиной, возникающие при активной ходьбе от дома до ближайшей станции метро (около 800 метров). Повышение АД до 160/100. После прекращения физической нагрузки боли быстро проходят.

1.Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

Липидный спектр

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

ЭКГ в покое в 12 отведениях

3. Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

ИБС. Стенокардия напряжения 2ФК. ГБ 1 стадии 2 степени риск 3

4. Четыре функциональных класса стенокардии выявляют на основании

Переносимости физической нагрузки

5. Антитромбоцитарной терапией, наиболее показанной пациенту,

Аспирин 75

6. Антигипертензивными препаратами, снижающими смертность пациентов с ИБС, риск развития инсультов и инфаркта миокарда, являются

ИАПФ

7. Препаратами, улучшающими симптомы заболевания

Б-АБ

8. При неэффективности статинов в максимальной дозе в достижении целевого уровня ЛПНП, требуется добавить

эзетемиб

9. Препаратом 2-й линии терапии ИБС является

триметазидин

10. Оптимальной физической нагрузкой для больных с ИБС является

Ежедневная ходьба в среднем темпе в течение 30-40 мин

11. Пограничным для начала антилипидемической терапии является ЛПНП

На любом уровне

12. Монотерапия Артериальной Гипертензии для данного больного

Не показана

Задача 305. Пациентка М, 72 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На кашель со слизистой мокротой, до 50 мл в сутки, выраженную одышку при физической нагрузке - при ходьбе на 100 метров, чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке, снижение работоспособности, на приступы затрудненного дыхания, удушья до 6 раз в сутки, в том числе ночные до 1-2 раз, сопровождаются сухими, свистящими хрипами, на головные боли, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст. (комфортное 130/80 мм.рт.ст), что сопровождается головокружением, сухость во рту.

1.Для постановки диагноза необходимо выполнить

ОАК

2.Для постановки диагноза необходимо выполнить

Спирометрия

3. Предполагаемым диагнозом пациентки является

Бронхиальная астма, эндогенная, тяжелое течение, обострение. ДН 1 ст. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, субкомпенсированный

4. Критерием тяжёлого обострения астмы является частота пульса > в мин

110

5. Пациентке показан препарат для контроля частоты сердечных сокращений

Верапамил

6. Критерием обратимости бронхиальной обструкции после ингаляции сальбутамола является прирост ОФВ1 на %

12

7. Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета²-агонистов

8. Бронхиальная астма тяжелого течения устанавливается у пациентов, получающих терапию, соответствующую ____ степени

4

9. Бронхиальная астма у нашей пациентки представляет собой

Фенотип с поздним дебютом

10. Больному бронхиальной астмой для самоконтроля состояния вентиляционной функции необходимо иметь собственный

Пикфлоуметр

11. Пациентам с тяжелым обострением бронхиальной астмы, рефрактерным к назначению коротко действующих бета-агонистов, рекомендуется назначение

магния сульфата

12. Пациентке показано проведение вакцинации против

гриппа

Задача 306 Мужчина, 59 лет, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На выраженную одышку при физической нагрузке — ходьбе до 50 м, выполнении домашней работы. На приступы затрудненного дыхания до 4-6 раз в день.

На кашель с трудно отделяемой мокротой желтоватого цвета.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить

общий анализ крови

2. Для постановки диагноза необходимо выполнить

(выберите 3)

- **спирометрию** Обоснование
- **рентгенографию органов грудной**

- **клетки Обоснование**
- **пульсоксиметрию Обоснов**

3. У пациента с данной клинической картиной необходимо провести дифференциальную диагностику между

бронхиальной астмой, хроническим (необструктивным) бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких

4. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

ХОБЛ крайне тяжелое течение Буллезная эмфизема легких пневмосклероз ДН 2

5. Данному пациенту необходимо рекомендовать

госпитализацию в терапевтическое отделение

6. Для купирования симптомов обострения заболевания необходимо назначить в первую очередь

бронходилататор короткого действия через небулайзер

7. Данному пациенту после выписки из стационара (стабилизации состояния) рекомендуется назначить бронходилататор из группы

длительно действующих В-агониста в сочетании с антихолинергическим препаратом

8. Для борьбы с гипоксемией у данного пациента необходимо использовать

кислородотерапию

9. Пациенту следует рекомендовать в первую очередь

отказ от курения

10. Пациенту показано проведение вакцинации против

гриппа и пневмококковой инфекции

11. Кратность посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения

2 раза в год

12. Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения

1

Задача 307. Мужчина 48 лет обратился в врачу общей практики

Жалобы

На чувство нехватки воздуха при выполнении физ нагрузки средней интенсивности (подъем на 4 этаж, быстрая ходьба) на кашель с умеренным количеством отделяемой мокроты сонливость в дневное время

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить

общий анализ крови

2. Для постановки диагноза необходимо выполнить

(выберите 2)

- **спирометрию** Обоснование
- **рентгенографию органов грудной**

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

ХОБЛ обострение ср тяж ДН0

4. Для выяснения причины дневной сонливости пациента рекомендуется проведение

Ночной оксиметрии с послед уточнением диагноза с пом полисомнографии

5. Для купирования симптомов обострения ХОБЛ рекомендуется

Бронхолитики и системные ГКС

6. Помимо бронхолитической терапии необходимо назначить

Муколитик

7. Нефармакологическая терапия у данного пациента включает

Отказ от курения

8. Показанием для назначения АБТ у данного пациента является

Усиление одышки слизисто-гнойного характера мокроты

9. наиболее вероятным возбудителем обострения

Haemophilus

10. для лечения стабильной ХОБЛ при высоком риске обострения предпочтительно назначить

Комбинацию длительно действующий антихолинэргич препаратов и длит действ Б-агонистов

11. после последнего обострения ХОБЛ необходимо повторное проведение спирометрии через

3 мес

12. Необходимо предусмотреть вакцинацию

против гриппа и пневмококков

Задача 308. Женщина, 39 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

Эпизоды одышки, которые могут возникнуть при повседневных физических нагрузках (медленной ходьбе, подъеме на 1 этаж), в т.ч. ночью, при эмоциональных нагрузках. Сопровождаются интенсивным, приступообразным кашлем с легко отделяемой слизистой мокротой в течение всего дня, но преимущественно утром, без запаха и примеси крови. Периодически возникают свистящие хрипы.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить (3)

ОАК с формулой

Цитологический анализ крови

Спец IgE к эпителию кошки в сыворотке крови

2. Для постановки диагноза необходимо выполнить

Спирометрию с бронходилататорным тестом

Пульсоксиметрию

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

**Аллергическая бронхиальная астма, среднетяжелая, персистирующая, неконтролируемая.
Сенсибилизация к эпидермальным (шерсть кошки) аллергенам**

4. Мониторинг пиковой скорости выдоха служит для определения

Уровня контроля симптомов БА

5. В качестве базисной терапии данной пациентке необходимо назначить

Низкие дозы ИГКС и длительно действующих бета-агонистов

6. Снижение объема терапии (переход на степень «вниз») показана при достижении и сохранении стабильного контроля пороговое значение

3-х месяцев

7. Для оценки контроля БА рекомендуется использовать вопросник

ACQ-5 и тест по контролю над астмой (ACT)

8. Пациентам при обострении БА рекомендуется проводить

Рентгенография ОГК в прямой проекции

9. Показаниями к назначению тиазидов бромидом больным с БА являются

Наличия хотя бы одного обострения, потребовавшего госпитализации

10. Пациенту необходимо рекомендовать

Снизить массу тела, ограничить контакт с аллергенами

11. Пациентам с БА среднетяжелой и тяжелой рекомендуется проводить вакцинацию

Против гриппа и пневмококка

12. Пациентке необходимо обратиться к врачу первичного звена в течении _____ после выписки

24 ч

Задача 309. Женщина 55 лет на приеме у врача общей практики

Жалобы

На общую слабость, возникающую при повышении артериального давления до 150/100 мм рт ст

1. Пациентке следует рекомендовать
Определение липидного спектра крови
ОАМ с определением наличия белка в суточной порции
БХ крови с определением креатинина, глюкозы электролитов
ОАК
2. Для уточнения степени компенсации гликемии необходимо определить уровень
Гликированного гемоглобина
3. У больных с АГ для оценки состояния почек также необходимо определять концентрацию в крови
Мочевой кислоты
4. Данной пациентке на основании результатов обследования можно поставить диагноз
ГБ 2 стадии 2 степени повышены АД очень высокий риск, СД 2 типа, декомпенсация
5. Для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение
ЭХОКГ
6. У пациентов с высоким СС риском рекомендовано
Исследование глазного дна
7. У данной пациентки незамедлительная медикаментозная терапия АГ обусловлена наличием
Второй степени повышения АД
8. Препаратами выбора для коррекции АГ у данной пациентки являются
ИАПФ+АК
9. У данной пациентки целевым уровнем АД является
120-130/70-80
10. Для коррекции АД целесообразно рекомендовать
Регулярные аэробные физ нагрузки
11. Врачебная комиссия продлевает листок ЛН через _____ дней
15
12. Пациентка относится к группе состояния здоровья
3а

Задача 310. Мужчина 47 лет на приеме у врача общей практики

Жалобы

На боли в эпигастрии возникающие через 3-4 часа после приема пищи, тошноту периодическую рвоту съеденной пищей

1. Пациенту следует рекомендовать
Эзофагогастродуоденоскопию с биопсией
Диагностику инфекции Н.пилори
Мониторирование внутрижелудочного рН
ОАК
2. Диагноз пациента звучит как
ЯБ: язва луковицы ДПК ассоциированная с Н.пилори
3. Оптимальной схемой эрадикационной терапии для данного пациента является
Стандартная тройная с кларитромицином
4. Схемой выбора при непереносимости пациентом препаратов группы пенициллина является
Классическая четырех компонентная на основе висмута
5. Обязательным компонентом схемы эрадикационной терапии помимо АБ является
ИПП
6. Для контроля эрадикации Н.пилори не может быть использован метод
Выявления антител к Н. пилори в крови
7. В случае если классическая эрадикационные схемы не эффективны терапия 3й линии основана на определении
Чувствительности Н.пилори к АБ
8. Право назначить 3 терапию с левофлоксацином имеет только
Гастроэнтеролог
9. Для профилактики рецидивирования ЯБ данному пациенту необходимо рекомендовать отказ от
Курения
10. Одним из показаний к хирургическому лечению ЯБ является
Перфорация язвы
11. После эпителизации язвенного дефекта Сан кур лечение можно рекомендовать через
2-3 мес
12. Врачебная комиссия продлевает листок ЛН через **дней**

15

Задача 311. Мужчина 40 лет на приеме у врача общей практики

Жалобы на головную боль давящего характера преимущественно в затылочной области повышение АД до 150/10 мм рт ст

1. Пациенту следует рекомендовать
Определение липидного спектра крови
ОАМ с определением наличия белка в суточной порции
БХ крови с определением креатинина, глюкозы электролитов
ОАК
2. Для выявления нарушения функции почек с АГ необходимо определить
СКФ
3. У пациента на ЭКГ имеются признаки

Гипертрофии ЛЖ

4. Данному пациенту на основании результатов обследования можно поставить диагноз

ГБ 2 стадии 2 степени повышения АД высокий риск

5. Для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение ЭХОКГ

6. У пациентов с высоким СС риском рекомендовано

Исследование глазного дна

7. Незамедлительная медикаментозная терапия АГ у данного пациента обусловлена

Степенью повышения АД

8. Для коррекции АД целесообразно назначить

БРА+АК

9. У данной пациентки целевым уровнем АД является

120-130/70-80

10. Для коррекции АД целесообразно рекомендовать

Регулярные аэробные физ нагрузки

11. При лечении неосложненного ГК для своевременной коррекции терапии в соответствии с изменениями АД оптимальным представляется назначение ____- препарата с _____ периодом полувыведения

в/в, коротким

- 12 Пациент относится к группе состояния здоровья

3а

Задача 312. Пациент Н. 42 года, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На сильные боли в плюснефаланговых суставах 1-ых пальцев обеих стоп, левом голеностопном суставе, усиливающиеся в ранние утренние часы и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах.

1. Гиперурикемия у пациента будет диагностирована при уровне мочевой кислоты в сыворотке = __ ммоль/л

0,36

2. «Золотым стандартом» в диагностике подагры является

Поляризационная микроскопия синовиальной жидкости или содержимого тофуса

3. При невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии всем пациентам показано проведение

УЗИ сустава

4. Проведение диагностической пункции сустава для подтверждения диагноза подагры показано

Всем пациентам на момент осмотра

5. На ранних этапах болезни не рекомендуется выполнение

Рентгенологического исследования суставов

6. Визуальным признаком подагрического поражения сустава при ультразвуковом исследовании является _____ полоска по поверхности гиалинового хряща, не зависящая от угла осмотра

Гиперэхогенная прерывистая

7. Для купирования приступа острого подагрического артрита показано назначение препаратов

из группы НПВС

8. С учетом того, что у пациента в анамнезе язва луковицы 12-перстной кишки, из нестероидных противовоспалительных препаратов ему показан

целекоксиб

9. Для профилактики приступов артрита всем пациентам в течение первых месяцев после начала уратснижающей терапии необходимо использовать колхицин в суточной дозе мг

0,5

10. В качестве препарата первой линии уратснижающей терапии пациенту с нормальной функцией почек рекомендуется назначение

аллопуринола

11. Целевое значение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови на фоне лечения не должно опускаться ниже ____мкмоль/л

180

12. При наличии артериальной гипертензии у пациентов с подагрой показано назначении

Лозартана

Задача 313. На приём к участковому терапевту обратился мужчина 67 лет.

Жалобы

На периодическую сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание; слабость в ногах при подъёме по лестнице, боли в ногах в ночное время суток, снижение болевой и температурной чувствительности, онемение стоп.

1. Для диагностики сахарного диабета пациенту показано проведение исследования

(выберите 2)

Глюкозы плазмы натощак

Гликированного гемоглобина

2. Предполагаемый основной диагноз у пациента

СД 2 типа

3. Характер жалоб и данные осмотра нижних конечностей свидетельствуют о наличии у пациента

диабетической сенсо-моторной нейропатии

4. Дополнительным методом обследования при неэффективности стандартной терапии диабетической нейропатии в течение 6 мес является

электронейромиография

5. Сопутствующими заболеваниями у данного пациента являются

ИБС. ПИКС. Состояние после стентирования ПКА, АГ 3 стадия, очень высокий риск СС осложнений. Ожирение 1ст по ВОЗ

6. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1C < ____ %

8

7. Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов для данного пациента является

Метформин и агонист рецепторов ГПП- 1

8. Данному пациенту в связи с перенесённым инфарктом миокарда со стентированием 4 года назад в качестве вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений показаны

Антиагреганты и статины

9. Повторный контроль HbA1C у после начала сахароснижающей терапии данному пациенту необходим через

3 мес

10. У данного пациента у необходимо добиваться снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности менее

1,4 ммоль/л

11. Рекомендации по изменению образа жизни данному пациенту включают

Отказ от курения, диету с ограничением калорийности, умеренную физ нагрузку не менее 150 мин\неделю

12. При наличии показаний для назначения бета- адреноблокаторов у больных СД предпочтение следует отдать

Небивололу

Ситуационная задача 314

Ситуация

Врач общей практики прибыл к пациенту 49 лет на 6—й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, одышку, «заложенность» в груди, кашель со скудной мокротой, выраженную слабость, общее недомогание.

Анамнез заболевания.

Фрилансер в IT-компании.— Аллергоанамнез: не отягощен.- Перенесенные заболевания: сахарный диабет

1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)
 - . ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки
 - . иммуноферментный анализ (ИФА) крови
2. Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией обоснование
3. Для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии больному следует провести
пульсоксиметрию
4. Исследование газов артериальной крови с определением P_{aO_2} , P_{aCO_2} , pH, бикарбонатов, лактата рекомендуется при S_{pO_2} менее %
90
5. Для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение
 - . компьютерной томографии
6. Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является
 - . лимфопения
7. При обследовании пациента уровень S_{pO_2} составил 94%.Учитывая клинико анамнестические данные, больной степени тяжести
средней
8. Показанием к госпитализации при COVID-19- инфекции лиц из группы риска является
 - . выраженная интоксикация
9. В качестве этиотропной терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19 могут быть использованы
 - . фавипиравир, ремдесивир
10. Данному больному в сочетании с этиотропной терапией целесообразно назначить
 - . антибактериальную терапию
11. Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно применение
 - . умифеновира
12. Длительность курса постконтактной профилактики умифеновиром лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников, составляет
 - . 10-14 дней

Ситуационная задача №315

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 49 лет на 6-й день болезни.

Жалобы

на повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

Анамнез заболевания

. Охранник в торговом центре. Работает посменно.

. Аллергоанамнез: неотягощен.

. Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), сахарный диабет !! типа (принимает метформин); хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит).

. Вредные привычки: отрицает.

. Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире, разведен, детей нет.

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 Обоснование

3. Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

4. Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ-1 составляет %

. <25 Обоснование

5. О развитии острой дыхательной недостаточности свидетельствует уровень SpO_2 менее %

90

6. К характерным изменениям КТ органов грудной клетки при новой коронавирусной инфекции COVID-19 относится

. симптом «матового стекла»

7. Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

. лимфопения

8. Тактика в отношении данного пациента, учитывая наличие у него сахарного диабета, включает

в обязательную госпитализацию

9. Этиотропное лечение новой коронавирусной инфекции CO\М!Ю-19 предусматривает назначение

. фавипиравира

10. Данному больному в сочетании с этиотропной терапией целесообразно назначить

. антибактериальную терапию

11. В случае полной реконвалесценции пациента с сахарным диабетом, возобновление приема метформина возможно через

. 2 недели

12. Для медикаментозной профилактики CO\МО-19 у взрослых из групп риска возможно применение

. рекомбинантного ИФН-а

Ситуационная задача №316

Ситуация

Врач-терапевт участковый прибыл к пациентке 28 лет на 5-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, заложенность носа, першение в ротоглотке.

Анамнез заболевания

. Работает маникюршей. Работает посменно в частном салоне и выезжает к клиентам на дом.

. Аллергоанамнез: не отягощен.

. Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (5 лет назад).

. Вредные привычки: отрицает.

. Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с мужем, детей нет. Муж здоров, жалоб не предъявляет.

. Эпиданамнез: за пределы страны не выезжала. Контактует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется

1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются
 . ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки
2. Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
 Коронавирусная инфекция, легкое течение
3. Для оценки выраженности гипоксемии больной следует провести
 . пульсоксиметрию Обоснование
4. Для легкого течения новой коронавирусной инфекции COV-19 характерна сатурация кислорода (SpO₂)
 . >95
5. Для новой коронавирусной ^ инфекции COVID-19 характерна экзантема в виде
 . уртикарных высыпаний по типу крапивницы Обоснование
6. Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является
 . лимфопения
7. Повторный забор биоматериала для ПЦР на коронавирусную инфекцию у этой пациентки необходимо провести на день
 3 и 11 обоснование
8. При легкой форме коронавирусной инфекции целесообразно назначить схему
 . ИФН-а + умифеновир Обоснование
9. Пациентка может считаться выздоровевшей от коронавирусной инфекции
 при отсутствии
 . клинических проявлений и наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР Обоснование
10. При подготовке к вакцинации против COVID-19 исследование биоматериала из носоглотки методом ПЦР на наличие коронавируса SARS-CoV-2 проводится только при наличии контакта с больными с инфекционными заболеваниями в течение последних ____ дней
- * 14 Обоснование
11. Для медикаментозной ^ профилактики COVID-19 у мужа пациентки возможно применение
 . умифеновир Обоснование
12. Иммуноглобулины класса ^ M при коронавирусной инфекции начинают формироваться с от начала заражения
 * 7-х суток Обоснование

Ситуационная задача №317

Ситуация

Врач терапевт-участковый прибыл к пациентке 54-х лет на 6-ой день болезни.

Жалобы

На одышку, чувство «заложенности» в груди, кашель со скудной мокротой, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, потерю обоняния и вкуса.

Анамнез заболевания

. Бухгалтер в частной компании.

. Аллергоанамнез: неотягощен.

. Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), гипертоническая болезнь, | стадии (принимает эналаприл), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год.

. Вредные привычки: отрицает

. Эпиданамнез: за пределы страны и домашнего региона не выезжала.

Была в контакте с болеющей дочерью и зятем (болели ОРЗ, перенесли заболевание «на ногах», в мед.учреждение не обращались).

. Прививочный анамнез:

вакцинирована от сезонного гриппа

1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

. ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

. иммуноферментный анализ (ИФА) крови

2. Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

3. Для оценки выраженности гипоксемии больной следует провести

. пульсоксиметрию Обоснование

4. При обследовании пациента уровень SpO_2 составил 94%. Учитывая клинико анамнестические данные, больной степени тяжести
средней

5. Для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение

. компьютерной томографии

6. Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является

. Лимфопения тромбоцитопения

7. Типичным патогенетическим осложнением новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

. острый респираторный дистресс- синдром Обоснование

8. К препаратам с прямым противовирусным действием в рекомендованных схемах лечения больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 относится

. фавипиравир Обоснование

9. В рекомендованных схемах лечения при среднетяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 фавипиравир может назначаться с

барицитинибом Обоснование

10. Пациентке с гипертонической болезнью, получающей эналаприл (препараты из группы ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано

. продолжить прием препарата в той же дозировке обоснование

11. В случае полной ^ реконвалесценции пациентки, возобновление приема метформина возможно через

. 2 недели Обоснование

12. В рекомендованных схемах для медикаментозной профилактики COVID-19 у лиц из группы риска применяется

рекомбинантный ИФН-α Обоснование

Задача 318

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 29-ти лет на 5-ый день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, першение в ротоглотке, насморк, высыпания на коже.

Анамнез заболевания

. Работает автомехаником в частном автосервисе. Работает посменно.

. Аллергоанамнез: неотягощен.

. Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (7 года

назад), пневмония (3 года назад)

. Вредные привычки: отрицает.

. Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с женой, детей нет. Жена здорова, жалоб не предъявляет.

. Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Контактует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) не пользуется.

. Прививочный анамнез: от гриппа прививался в октябре месяце 2019г

1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются

. ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

2. Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
Коронавирусная инфекция, легкое течение

3. Для оценки выраженности гипоксемии больной следует провести
. пульсоксиметрию

4. При легком течении новой коронавирусной инфекции СО\М\Ю-19 сатурация кислорода (SpO₂) составляет

. >95 Обоснование

5. Для новой коронавирусной инфекции СО\М\Ю-19 нетипичны поражения кожи в виде
. карбункула Обоснование

6. В периферической крови при коронавирусной инфекции СО\М\Ю-19 выявляется
. лимфопения Обоснование

7. Повторный забор ^ биоматериала для ПЦР на коронавирусную инфекцию СО\М\Ю-19 у этого пациента необходимо провести на день
3и 11 Обоснование

8. При лечении легкой формы ^коронавирусной инфекции СО\М\Ю-19 целесообразно назначить схему

. фавипиравир +ИФН-альфа
интраназально + парацетамол
Обоснование

9. Пациент может считаться выздоровевшим от коронавирусной инфекции COVID-19 при отсутствии клинических проявлений заболевания и

. наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

10. Одним из критериев для вызова врача больным, находящимся на амбулаторном лечении с новой коронавирусной инфекцией, является наличие

ОДЫШКИ Обоснование

11. Для медикаментозной профилактики COVID-19 у жены пациента возможно применение

. рекомбинантного интерферона α интраназально в комбинации с умифеновиром
Обосновани

12. Длительность $\wedge$ инкубационного периода при новой коронавирусной инфекции составляет суток

$\lt$ 2-14 обоснование

Ситуационная задача №319 $\wedge$

Ситуация

Участковый терапевт прибыл повторно к пациенту Н. 75-ти лет.

Жалобы

На повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель, жидкий стул.

Анамнез заболевания

. Пенсионер. Не работает

. Аллергоанамнез: не отягощен.

. Перенесенные заболевания: ИБС, гипертоническая болезнь 2 ст., р.3.

Хронический холецистит, камни желчного пузыря, кисты печени.

Хроническая ишемия головного мозга, вертебро-базилярная недостаточность, компенсация.

. Вредные привычки: отрицает.

. Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире вместе с женой, дети и внуки живут отдельно.

. Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Находится в самоизоляции, но со слов жены ходит в аптеку и магазин. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) не

пользуется. Жена в настоящее время также жа

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 Обоснование

3. Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

4. Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ-2 составляет %

. 25-50 Обоснование

5. Для средней степени ^
тяжести новой

коронавирусной инфекции
CO\М!Ю-19 характерно

. $T > 38^{\circ}\text{C}$; ЧДД > 22 ; $\text{SpO}_2 < 95\%$ Обоснование

6. Основным лабораторным ^
маркером активности

процесса в легких при новой
коронавирусной инфекции
CO\Ю-19 является

. с-реактивный белок обоснование

7. Учитывая сопутствующую ^
патологию пациента, для
диагностики поражения
миокарда целесообразно
оценить биомаркер

. Тропонин Обоснование

8. Тактика в отношении ^
данного пациента с
изменениями в легких,
соответствующими КТ2,
включает

` обязательную госпитализацию

9. Этиотропное лечение новой ^
коронавирусной инфекции
СО\М-19 предусматривает
назначение

. фавипиравира и ремдесивира
Обоснование

10. Фавипиравир ^
противопоказан пациентам с

. тяжелой печеночной
недостаточностью Обоснование

11. Препаратом для ^
упреждающей
противовоспалительной
терапии при средне-тяжелом
течении новой
оронавирусной инфекции
СО\Ю-19 является

. тоцилизумаб обоснование

.

12. Основным путём передачи ^
новой коронавирусной
инфекции СОМО-19 является

воздушно-капельный

Ситуационная задача №320 ^

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к

пациенту 68-ми лет на 6-ый день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

. Пенсионер, не работает.

. Аллергоанамнез: неотягощен.

. Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит), артериальная гипертензия, стадию заболевания назвать не может (принимает эналаприл). Со слов пациента, в молодости болел краснухой, корью, дизентерией.

. Вредные привычки: отрицает.

. Анамнез жизни: вдовец, проживает в отдельной квартире вместе с дочерью и внучкой 5-ти лет,

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 Обоснование

3 Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

4. Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ-1 составляет %

. 25

5 К характерным изменениям КТ органов грудной клетки при новой коронавирусной
инфекции СО\М-19 относится

. симптом «матового стекла»
Для средней степени ^
тяжести новой

коронавирусной инфекции
СО\М-19 характерно

. $T > 38^{\circ}\text{C}$; ЧДД > 22 ; $\text{SpO}_2 < 92\%$
 $\text{SpO}_2 < 95\%$ Обоснование

7. Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови
является

. лимфопения

8. Тактика в отношении А

данного пациента с
изменениями в легких,
соответствующими КТТ,
включает

. обязательную госпитализацию
Обоснование

9. Этиотропным препаратом, ^
который может быть
использован при лечении

новой коронавирусной
инфекции СО\М-19 является

. фавипиравир Обоснование
10. Пациенту, получающему ^
эналаприл (препарат из

группы ингибиторов АПФ) при
коронавирусной инфекции
показано

. продолжить прием препарата в той
же дозировке Обоснование

11. У взрослых из групп риска ^
для медикаментозной
профилактики СО\1019
возможно применение

. рекомбинантного ИФН-а
Обоснование
12. Применение умифеновира ^
для медикаментозной
профилактики СО\М\О-19

лицам из группы риска
назначают в течение

. 3-х недель Обоснование

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», «кларитин» во время обострений).

. Перенесенные заболевания:
пневмония двусторонняя (2 года назад), 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 Обоснование

3. Учитывая данные клинико 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 ^
COVID-19 на КТ ОГК
характерно наличие

. уплотнения легочной ткани

Обоснование

6. Среднетяжелое течение ^

новой коронавирусной

инфекции СО\М-19

характеризуется

. ЧДД более 22/мин, лихорадкой

выше 38,5°C, пневмонией,

$\text{SpO}_2 < 95\%$,

изменениями в легких КТ 1-2

Обоснование

7. Для коронавирусной ^

инфекции характерным

изменением в

периферической крови

является

. лимфопения Обоснование

8. Тактика в отношении ^

данной пациентки с

изменениями в легких,

соответствующими КТ2,

включает

. обязательную госпитализацию

Обоснование

9. Этиотропными ^

препаратами, которые могут

быть использованы при

лечении новой

коронавирусной инфекции

СО\М!Ю-19 являются

. фавипиравир и ремдесивир

Обоснование

10. Длительность приема ^

фавипиравира составляет

. 10 дней обоснование

11. Противопоказанием к ^

назначению фавипиравира

является

. острая почечная недостаточность
Обоснование

12. В отношении ^
проживающих в одной
квартире родственников
пациента осуществляется их
изоляция сроком на
дней

* 14 Обоснование

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: неотягощен.

. 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 Обоснование

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» Обоснование

5. Для оценки выраженности ^
гипоксемии у пациентов с
новой коронавирусной
инфекцией СОМ!-19
целесообразно использовать

. пульсоксиметрию Обоснование

6. Для среднетяжелого ^
течения новой

коронавирусной инфекции
СО\Ю-19 уровень SpO_2
соответствует %

<95 Обоснование

7. Типичными изменениями в ^
периферической крови при
новой коронавирусной
инфекции СО\МО-19 являются

. тромбоцитопения и лимфопения
Обоснование

8. В рекомендованных схемах ^
лечения при новой
коронавирусной инфекции
СО\М!Ю-19 назначают
этиотропный препарат

. фавипиравир Обоснование

9. При лечении новой ^
коронавирусной инфекции
СО\М!-19 средней степени
тяжести в амбулаторных
условиях назначают

. ривароксабан Обоснование

10. Препаратом для ^
упреждающей
противовоспалительной

терапии при средне-тяжелом
течении новой

коронавирусной инфекции
СО\М!Ю-19 является

. барицитиниб Обоснование

11. Для медикаментозной ^
профилактики СО\Ю19 у
родственников, проживающих
вместе с пациенткой,

возможно рекомендовать

применение

. рекомбинантного ИФН-а

Обоснование

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: неотягощен.

. 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 Обоснование

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» Обоснование

5. Характерные изменения ^

легких при новой

коронавирусной инфекции

COVID-19 позволяет выявить

. компьютерная томография

Обоснование

6. Для оценки выраженности ^

гипоксемии у пациентов с

новой коронавирусной

инфекцией COVID-19

целесообразно использовать

. Пульсоксиметрию

11. Для медикаментозной ^
профилактики СО\ 1019 у
родственников, проживающих
вместе с пациентом,

возможно рекомендовать
применение

. рекомбинантного ИФН-а
Обоснование

7. Для среднетяжелого ^
течения новой

коронавирусной инфекции
СО\!Ю-19 уровень сатурации
кислорода соответствует

%

* <95 Обоснование

8. Тяжелое течение новой ^
коронавирусной инфекции
СО\М!Ю-19 сопровождается
развитием

. острого респираторного дистресс-
синдрома Обоснование

^

9. В рекомендованных схемах ^
лечения при новой
коронавирусной инфекции
СО\О-19 назначают
этиотропный препарат

. фавипиравир Обоснование

10. Препаратом для ^
упреждающей
противовоспалительной

терапии при средне-тяжелом
течении новой

коронавирусной инфекции
СО\Ю-19 является

. сарилумаб обоснование

12. Семье, контактирующей с ^
пациентом с новой
коронавирусной инфекцией
СО\М\Ю-19 следует
рекомендовать самоизоляцию

в течение дней

* 14-ти Обоснование

Ситуационная задача №324

Ситуация

Мужчина 64 лет, обратился к
участковому терапевту в
поликлинику.

Жалобы

На кашель с мокротой, наличие
прожилок крови, боль в правом боку
при вдохе, потливость, слабость,
периодически - осиплость голоса,
упорный, приступообразный кашель,
повышение температуры тела до
37,4°C, в течение последних 2-х
недель.

Анамнез заболевания

В детские годы имел контакт с
больным туберкулезом отцом.
Состоял на диспансерном учете по
поводу контакта, прошел курс
первичной химиопрофилактики в
течение 3-х месяцев.

10 лет назад перенес очаговый
туберкулез легких и был снят с учета.
Вредные привычки: не курит,
алкоголь не употребляет.

Проживает с семьей в трехкомнатной
квартире, имеет 2-х детей.

Анамнез жизни

В течение последних 2 недель

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

. общеклинический анализ крови
Обоснование

. трехкратное микроскопическое
исследование мазка мокроты на

микобактерии туберкулеза
Обоснование

2. Необходимым для ^
постановки диагноза
инструментальным методом
обследования является

. обзорная рентгенография органов
грудной клетки Обоснование

3. Результат пробы Манту2 ^
ТЕ ППД-Л у пациента
оценивают как

реакцию

положительную Обоснование

4. Результаты ^
рентгенологического
исследования органов

грудной клетки пациента, в первую очередь,

предполагают

. диссеминированный туберкулез

Обоснование

5. Рентгенологическим ^

признаком затемнения
легочной ткани является
синдром

. диссеминации Обоснование

6. Данному больному ^

выставлен диагноз

. Диссеминированный туберкулез
легких, фаза инфильтрации и
распада, МБТ +, туберкулез гортани,
бронхов Обоснование

7. Осложнением основного ^

заболевания у больного
является

. туберкулез гортани и бронхов

Обоснование

^

8. Наиболее информативным ^

методом верификации

диагноза при

диссеминированном

поражении легких является

. гистологическое исследование

ткани легкого Обоснование

9. При диссеминированном ^

туберкулезе легких и

отсутствии лекарственной

устойчивости, целесообразно

применять

антибактериальные

препараты

. первого ряда Обоснование

10. Благоприятным исходом ^
подострого
диссеминированного
туберкулеза легких является

. уплотнение и формирование
фиброзных, фиброзно-очаговых
изменений обоснование

11. Дифференциальную ^
диагностику
диссеминированного
туберкулеза легких следует
проводить с

. саркоидозом легких 1 стадии,
карциноматозом легких Обоснование

12. По эпидемиологической ^
опасности данный тип очага
туберкулезной инфекции
относится к очагу

степени

* | Обоснование

Ситуационная задача №325 ^

Ситуация

Больной 41 год обратилась в

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
Обоснование
. микроскопическое исследование
мокроты на наличие

кислотоустойчивых микобактерий
Обоснование

2. Необходимым для ^
постановки диагноза
инструментальным методом
обследования является

. обзорная рентгенография органов

грудной клетки Обоснование

3. Реакцию кожного теста с ^
аллергеном туберкулезным
рекомбинантным у пациента
оценивают как

. положительную Обоснование

4. Результаты ^
рентгенологического
исследования органов

грудной клетки пациентки, в
первую очередь,

предполагают

. кавернозный туберкулез
Обоснование

5. На основании полученных ^
результатов обследования
данного больного можно
поставить диагноз

. Кавернозный туберкулез верхней
доли правого легкого (\$2) в фазе
инфильтрации и обсеменения,

МБТ (+), кровохарканье Обоснование

6. Осложнением основного ^
заболевания у больного
является

. кровохарканье Обоснование

7. По данным рентгенограммы ^
органов грудной клетки,
основным

рентгенологическим

признаком является синдром

. ПОЛОСТИ Обоснование

8. При кавернозном ^

туберкулезе легких
бактериовыделение является

. скудным и непостоянным
Обоснование

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 Обоснование

11. Дифференциальную ^
диагностику кавернозного
туберкулеза легких следует
проводить с

. абсцессом легкого, полостной
формой рака легкого, воздушной
КИСТОЙ Обоснование

12. По эпидемиологической ^
опасности данный тип очага
туберкулезной инфекции
относится к очагу

степени

* | Обоснование

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 II 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 кислотоустойчивых микобактерий
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

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.

Рекция 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:** туберкулез легкого
5. **Диагноз:** туберкулез 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. **Туберкулез может формироваться во всех случаях кроме:** рубцевания каверны
9. **В лечении туберкулеза, имеющей склонность к прогрессированию и резистентность к химиотерапии:** хирургическое лечение
10. **Туберкулез чаще локализуется в сегментах:** 1,2,6
11. **Дифференциальную диагностику с :** периферическим раком, гамартохондромой, неспецифической пневмонией
12. **По эпидемиологической опасности:** III

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 *rpoB*. 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, фиброbronхоскопия
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:** везикобронхиальным 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 Pro
12. В особых ситуациях лечение требует тщательного контроля за углеводным обменом при назначении: протионамида

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 клинико-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 мелкопузвчатые 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 лодыечно-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 61 года, обратился к врачу терапевту.

Жалобы

- на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2-х этажей, ходьба менее 100 м);
- на постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета;
- на эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание;
- на чувство дискомфорта в груди при дыхании;
- на повышение АД до 180/100 мм рт. ст.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SaO_2 - 87%, температура тела 37,2°C. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела - 71 кг, рост - 180 см, ИМТ - 21,9 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний.

Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 23 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 - 108 ударов в минуту, АД - 153/98 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Отеков нет.

Стул, мочеиспускание без особенностей.

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:** Хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелое обострение. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН 2
4. **Дифференциальную диагностику необходимо проводить с:** бронхиальной астмой, туберкулезом, облитерирующим бронхолитом, застойной сердечной недостаточностью
5. **Сопутствующим заболеванием у пациента, является артериальная гипертензия степени, риск сердечно-сосудистых осложнений: 3; ВЫСОКИЙ**
6. **Базисной терапией для данного пациента является:** фиксированная комбинация ИГКС + ДДБА (Тиотропия бромид/олодатерол)
7. **Препаратом для купирования обострения заболевания является:** сальбутамол
8. **Основной рекомендацией по нефармакологической терапии:** отказ от курения
9. **Антибактериальным препаратом:** макролиды
10. **Показана вакцинация против:** пневмококковой инфекции
11. **Пациент относится к группе здоровья:** IIIa
12. **Кратность посещения врача фармаколога:** 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 клетки в прямой проекции

3. ХОБЛ, обострение средней степени тяжести. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН 1.
4. Бронхиальной астмой, туберкулёзом, 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. IIIa
- 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: неотягощена.

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 40°C, 0 ознобом, 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: неотягощена. 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. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 110/70 мм рт. 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 правосторонняя нижнедолевая
4. Незначительный; низкие
5. Кларитромицин
6. 48
7. Пневмококк
8. Левофлоксацин
9. 48
10. Абсцесс легкого
11. Гриппа; пневмококка
12. Внебольничная; внутрибольничная

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, инсулинопотребный, 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 27,9кг/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 V межреберье по переднее-подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю III 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 9х8х7 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. ИБ; 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 снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя — третье 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 V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю III 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 9х8х7 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. С5
4. ИБ; 3
5. ≥ 120 и < 130
6. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов
7. 75
8. Петлевые диуретики
9. Назначение стимуляторов эритропоэза
10. Инсулина
11. 15
12. IIIa

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 37,0°C, преимущественно в вечернее время, слабость.

Ответы

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)

-Общий анализ крови (+)

-биохимический анализ крови (+)

- капрограмма (+)

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 (темно коричневый), уменьшение количества, выделяемой мочи.

Анамнез

заболевания

. В детстве нечасто болел ОРВИ. В возрасте 12 лет — аппендэктомия. - Работает на стройке, разнорабочим.

- В армии служил.

- Наследственность неотягощена.

. Аллергоанамнез неотягощен.

- 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 медленных кальциевых каналов**

11. при высокоактивном течении заболевания необходимо назначение

- **Глюкокортикостероидов**

12. Показанием к проведению нефробиопсии может являться

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 не отягощен. 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 38,50С.

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 Меньше 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, _____
беспокоящие _____ 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 виде аллергического ринита

1. Пациент поступил в стационар с предварительным диагнозом: обострение БА. На момент поступления степень тяжести обострения следует классифицировать 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 интермиттирующую

3. Обследование пациента, поступившего с обострением БА должно включать (3)

- Рентгенографию органов грудной клетки

- Пульсоксиметрию

- спирометрию

4. Пациенту показано назначение

- Короткодействующих В2агонистов

5. Оптимальным способом доставки Короткодействующих В2агонистов для купирования обострения у данного пациента является

- Ингаляционный

6. После 4-х доз ДАИ «Сальбутамол» 100 мкг наступило некоторое улучшение, однако уже через 2 часа пациент вновь отметил усиление одышки и нарастание чувства «заложенности» в грудной клетке. В связи с этим тактика ведения пациента должна заключаться в

-назначении системных ГКС

7. Предпочтительным способом доставки системных ГКС в данном случае будет являться

- пероральный

8. Продолжительность курса системных ГКС должна составлять _____ дней

-5-7 дней

9. После купирования настоящего обострения показано назначение базисной терапии, соответствующей _____ ступени

- 1

10. В качестве базисной терапии пациенту в дальнейшем показано применение

- низких доз ИГКС+БДБА по потребности

11. Для БА физического усилия характерно падение ОФВ1 > _____ %

- 10

12. Повышение фракции оксида азота во выдыхаемом воздухе (FENO) свидетельствует о/об

- аллергическим характере воспаления в бронхах

Задача 344

Пациент Х., 66 лет, обратился на прием к врачу-терапевту.

Жалобы

На одышку при физической нагрузке, кашель со слизисто-гнойной мокротой, сонливость днём, бессонницу ночью. В последние 5 дней также отмечает повышенную потливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры тела до 37,4°C.

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает - курил с 16 до 50 лет по пачке в день, после появления кашля старался ограничивать количество сигарет, на данный момент курит около 10 сигарет в день
- профессиональные вредности отрицает, работал инженером, сейчас на пенсии
- аллергические реакции: поллиноз, антибиотики пенициллинового ряда - сыпь (крапивница - отец умер в 70 лет, со слов больного имел какие-то проблемы с легкими)

1. Для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей целесообразно выполнить

- спирометрию

2. Полученные при спирометрии данные свидетельствуют

- о наличии у пациента обструкции средней степени тяжести

3. У данного пациента имеется

-хроническая обструктивная болезнь легких

4. Как в проксимальных, так и в дистальных отделах дыхательных путей для ХОБЛ характерно повышение

- Нейтрофилов

5. Измерение концентрации α1-антитрипсина данному пациенту

- Показано в связи с наличием эмфиземы преимущественно в базальных отделах легких

6. По результатам осмотра по у шкале mMRS— 3 балла, CAT- тест — 12 баллов. Пациент отмечает, что состояние ухудшается 1 раз в год. В соответствии с классификацией GOLD) (2011г.)пациент относится к группе

- В (низкий риск обострений, симптомы выражены)

7. Из антибактериальных препаратов пациенту следует рекомендовать

- респираторные фторхинолоны

8. Преимуществом бета-2-агонистов по сравнению с антихолинэргическими препаратами при лечении обострения ХОБЛ является

- **Более быстрое развитие эффекта**

9. После установления у 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 15-20% 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 мембранопролиферативного гломерулонефрита в отличие от постстрептококкового характерно/характерна

- Более длительная гипокомплементная

5. Показанием к госпитализации при постстрептококковом гломерулонефрите является

- Нарушение функции почек, сохраняющаяся АГ, признаки сердечной недостаточности, нефротический синдром

6. В течение заболевания титр у АСЛ-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 у 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

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, рентген с барием, суточное мониторирование рН, УЗИ органов брюшной полости.

2. «Золотым стандартом» диагностики инфекции

Helicobacter pylori является

Дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами ^{13}C и ^{14}C

3. Наиболее вероятным диагнозом следует

сформулировать как

Симптоматические язвы желудка

4. Основной причиной поражения желудка у пациента является

Длительный приём НПВС

5. Одним из признаков малигнизации язвы желудка является

Сниженный, извращённый аппетит

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

Антациды, H_2 -блокаторы, блокаторы протонной помпы

8. Феномен «рикошета»

характерен для

Антацидов

9. Пациенту следует

рекомендовать диету _ по

Певзнеру

1

10. Наиболее частым

осложнением, возникающим у

пациента с язвенной болезнью,

является

Кровотечение

11. Симптомами начала

перфорации язвы являются]

является

Внезапная «кинжальная» боль , вынужденное положение

12. Перед назначением пациенту диклофенака врач должен был рекомендовать

Диагностику на наличие *Helicobacter pylori* ассоциированного поражения желудка

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: Анемия В12 дефицитная

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 цианкобаламином 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. При невозможности устранить причину развития В12- дефицитной анемии пациенту

показано проведение профилактических курсов цианкобаламина, которые

проводятся

Ежегодно

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

необходимо включить (выберите

3)

Развёрнутый общий анализ крови, бх крови, уровень срб

2. Инструментальное

обследование пациента должно

включать (выберите 3)

Рентген ОГК, пульсоксиметрию, экг

3. На основании данных

проведённого обследования

пациенту может быть поставлен

диагноз

Внебольничная пневмония нижней доли справа, нетяжелое течение, неуточненной

этиологии, ДН 0

4. Для оценки прогноза и степени

тяжести пневмонии у пациента

следует использовать шкалу

CURB/CRB-65

5. В качестве этиотропной

эмпирической терапии

внебольничной пневмонии пациенту показано назначение

Амоксициллина

6. Эффективность проводимой больному антибактериальной терапии следует оценивать

через (в часах)

48-72

7. При неэффективности стартовой антибиотикотерапии пациенту показано назначение Левофлоксацина
8. При эффективности антибактериальной терапии продолжительность лечения пациента должна определяться индивидуально
9. Показанием для отмены антибиотикотерапии у пациента будет являться стойкое снижение температуры тела $< 37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 часов
10. При улучшении состояния пациента противопоказанием для отмены антибактериальной терапии будет наличие Лейкоцитоза 12×10^9
11. Абсолютным показанием к ИВЛ при острой ДН на фоне внебольничной пневмонии является Нарушение сознания (сопор, кома)
12. При тяжелом течении внебольничной пневмонии и развитии септического шока в случае назначения глюкокортикостероидов предпочтение следует отдавать Гидрокортизона

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, ожс, ферритин
2. Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение (выберите 3)
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 объём 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. Проявлением плохой

переносимости пероральных

форм препаратов железа

является появление на фоне

терапии

Болей в животе

9. Оценку эффективности

проводимой пациентке

ферротерапии на 7-10 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 _ недели от

начала лечения

4

11. Исчезновение клинической

симптоматики у пациентки на

фоне терапии ожидается через

_ недель

4-6

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 у обследования пациента должны включать проведение (выберите 3)

Рентген ОГК, пульсоксиметрия, экг

3. Принимая во внимание ч клиническую картину заболевания, подозрительную на наличие пневмонии и отсутствие очевидной очаговой инфильтрации при рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, в план обследования пациента необходимо включить проведение

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. Степень тяжести течения у пневмонии у данного пациента следует оценивать в соответствии со шкалой

CRB-65

8. В соответствии со шкалой у

СКВ-66 тяжесть состояния пациента может быть оценена в _ балл (балла)

1

9. Учитывая неэффективность у предварительной антибактериальной терапии амоксиклавом, и возможностью наличия атипичного возбудителя внебольничной пневмонии пациенту показано назначение антибактериального препарата из группы

Макролидов

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 $<37,2^{\circ}\text{C}$ 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 $38,5^{\circ}\text{C}$, 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 (выберите 3)
Мскт органов грудной полости, пульсоксиметрия, экг

3. Предположительным диагнозом является
Вб нижнедолевая пневмония

4. Осложнением основного заболевания, имеющегося у пациентки, является

Дн 1 степени

5. Для оценки тяжести течения пневмонии следует использовать шкалы

Port, CRB - 65

6. У пациентки 1 балл по шкале CRB-66, что соответствует степени тяжести пневмонии

Средней

7. Учитывая степень тяжести пневмонии, целесообразно начать антибиотикотерапию с

Парентерального

8. Ключевым антибактериальным препаратом для лечения в данном случае является Цефтриаксон

9. При принятии решения о переводе на пероральный приём антибактериальных препаратов целесообразно использовать критерии, одним из которых является Частота дыхания <24/мин (пороговое значение)

10. При решении вопроса об отмене антибактериальной терапии рекомендуется руководствоваться критериями достаточности антибактериальной терапии, одним из которых является стойкое снижение температуры тела <37,2°C в течение не менее часов 48

11. Респираторная поддержка показана всем пациентам с внебольничной пневмонией при PaO₂ (пороговое значение в мм рт. ст.) или SpO₂ (пороговое значение в %) при дыхании атмосферным воздухом <55; <88

12. С целью противоэпидемических мероприятий медицинская организация, выявившая больного внебольничной пневмонией, обязана

Передать экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф. 058у)

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

- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

4. Какой основной диагноз? ИСБ. Стенокардия напряжения

5. У пациента 2 функциональный класс стенокардии

6. У пациента предтестовая 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 паравerteбральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

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

-уровень креатинина плазмы

-общий анализ мочи

-исследование глюкозы в плазме крови (натощак)

-общий анализ крови

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

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

-дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

-эхокардиография трансторакальная

-ультразвуковое исследование почек

-внеофисное измерение АД: СКАД и/или СМАД

-электрокардиография покоя в 12 отведениях

3) Какой основной диагноз?

гипертоническая болезнь

4) У пациентки ____ стадия ГБ

2

5) У пациентки ____ АГ

2 степень

6) У пациентки ____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений

высокий

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

SCORE

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

снижение массы тела

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

10) Целевым для пациентки является АД < ____ мм рт.ст.

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

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 Витчала. 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 жизниРосла 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 8

Женщина 70 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом

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

Анамнез заболевания Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. 10 лет назад присоединились загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа. Постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение 2 дней, когда приступы стенокардии стали возникать в покое, увеличились 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 (выберите2)

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

-умеренного (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 9.

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 валокардина, 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.

2. 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 10.

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, биспрололом, 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.

2. 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 достижения целевого уровня ХсЛНП ммоль/л

<1,4

11. Пациенту показана диета для снижения уровня крови

-ЛПНП

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

Задача 11.

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.

2. 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 12.

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

7 «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 13

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?

-ОКСбпST

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?

ИМбпST

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 эзетимибом/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 14

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.

5. 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 15. 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. Мониторирование пиковой скорости выдоха проводится

- ежедневно 2 раза в сутки

10.Лечение рецидива яенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, должно обязательно включать

+препараты для эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*

11. Пациент относится к ____грппе состояния здоровья

- 3а

12.Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения больных контролируемой бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет ____2_раз /раза в год -2

Задача 16.

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

Жалобы: Озноб, температуру 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

-Ингибиторы 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 и отхаркивающих средств

10. Длительность приема занамивира составляет

-5 дней

11. При гриппе назначение антибактериальных препаратов показано при

-вирусно-бактериальной пневмонии.

12. Для химиопрофилактики гриппа, проживающим в общежитии можно рек-ть

-умифеновир.

Задача 17.

Больная С. 44 лет обратилась к врачу-терапевту участковому в 1 день болезни.

Жалобы на головную боль, на боль в глазных яблоках, на ломоту в теле, повышение температуры тела до 39°C, сухой кашель, заложенность носа.

Анамнез заболевания Заболела накануне вечером, когда появились головная боль, боль в глазных яблоках, ломота в теле, повышение температуры тела до 39 °C, сухой кашель, заложенность носа.

Объективный статус При осмотре: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъектированы, 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 ДЗ целесообразно провести

-полимеразная цепная реакция 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 (осельтамивир, занамивир)

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.В одной капсуле осельтамивира содержится 75____ мг действующего вещества мг действующего вещества -75

11.Для химиопрофилактики гриппа возможно применение

умифеновира

12. Химиопрофилактика противовирусными препаратами из группы селективных ингибиторов нейроминидазы не рекомендуется, если с момента первого контакта с больным гриппом прошло более **48** часов

Задача 18.

Ситуация: Больной 45 лет обратился в поликлинику

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

Анамнез заболевания : Рос 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 99кг, 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 , сочетающееся 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 плюснефалангового сустава слева

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

-1-1,5мг в первый день и 1 мг со след дня

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

-внутривенное 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 19.

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 120/70мм 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 иммунологических тестов.

-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

-белимумаб

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 20.

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 $\frac{1}{2}$ 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 21.

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.

2) 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. Сенсибилизация 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)

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

40-50

7) Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

-высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета2-агонистов

8) Больной показано проведение вакцинации против

-гриппа

9) Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

IIIa

10) 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 23.

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 базовых 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 ≥ 30 /мин, систолическое АД < 90 мм рт.ст. или диастолическое АД ≤ 60 мм рт.ст., возраст ≥ 65 лет

5. В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке может быть назначен _____ внутрь

-кларитромицин

6. Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах) **-48-72**

7. Главным критерием окончания антибактериальной терапии является

-стойкая нормализация температуры в течение 3 суток

8. Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях)

-3-4

9. Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют (в днях) - -
20-21

10. Диспансерное наблюдение после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение __12__ месяцев **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 наблюдения пациентка переводится в __1__ группу состояния здоровья

Задача 24.

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 – $18,3 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. 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, SaO_2 – 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 25.

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы: На тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, усиливающиеся через 40-60 минут после еды (чаще после приёма обильной, жирной, жареной пищи и алкоголя), с

иррадиацией в спину, отрыжку воздухом, изжогу, тошноту, вздутие живота, кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи, сухость во рту, прогрессирующее похудание (за последний год похудел на 8 кг).

Анамнез заболевания: Длительное время злоупотребляет алкоголем, 7 лет назад стали беспокоить вышеописанные боли, которые носили интермиттирующий характер и уменьшались при приёме обезболивающих. За медицинской помощью не обращался.

В течение последнего года интенсивность и продолжительность болей значительно прогрессировали, присоединились изжога, тошнота, метеоризм, нарушения стула, потеря веса. Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Работает курьером. Перенесённые заболевания: пневмония. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день), в течение последних 20 лет злоупотребляет алкоголем. Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,8°C. Пониженного питания, рост – 173 см, масса тела – 54 кг, ИМТ=18,0 кг/м². Гипотрофия скелетной мускулатуры. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не пальпируются, отёков нет. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Язык подсушен. Живот вздут, при пальпации определяется умеренная болезненность в области эпигастрия и левого подреберья. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптомов раздражения брюшины нет.

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

-нутритивная 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 26.

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

-Эзофагогастродуоденоскопия 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 27

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°С. 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 28.

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы

на

изжогу после еды, при физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении, отрыжку кислым содержимым,

боли за грудиной, дискомфорт во время приёма пищи, усиливающиеся при наклонах и в горизонтальном положении,

прогрессирующую слабость.

Анамнез заболевания

Более 15 лет беспокоит изжога и отрыжка кислым содержимым.

К врачу не обращалась, самостоятельно использовала антацидные препараты.

В течение последних 4 месяцев изжога приобрела постоянный характер, появились вышеописанные боли за грудиной.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает кассиром.

Перенесённые заболевания, операции: ОРВИ, аппендэктомия.

Беременности – 2, роды – 1.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день).

Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 162 см, масса тела – 81 кг, индекс массы тела – 30,8 кг/м², температура тела – 36,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые с бледным оттенком, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. (выберите 3)

1.Целесообразно выполнить

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 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

- прокинетиков

9.Диетические рекомендации для данной пациентки содержат исключение жирной пищи, шоколада, томатов 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 32

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.

- 2) 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 33.

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, более 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 1 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.Правилом 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 34.

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет.

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Заболевание развилось остро, ночью с появления тошноты, спонтанной многократной рвоты (до 6-ти раз), приносящей кратковременное облегчение, чувства тяжести в эпигастральной области. Спустя 1,5-2 часа от начала заболевания отметила появление жидкого водянистого стула до 10-ти раз.

Позже почувствовала озноб, слабость, головную боль. Появилась жажда головокружение. Температура тела не превышала 37,5°C.

Анамнез жизни:Аллергоанамнез: не отягощен.Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.Вредные привычки: отрицает.Проживает в отдельной квартире с родителями.

Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, однако в день заболевания встречала подругу на вокзале, там же перекусила вместе ней пирожком с повидлом. В настоящее время у подруги отмечаются схожие симптомы.

Объективный статус: Температура тела 37,2°C.Кожные покровы бледные, сухие. Цианоз носогубного треугольника.Голос несколько ослаблен.Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены.АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул жидкий, обильный, без патологических примесей. Диурез снижен. Судороги мышц кистей, кратковременные.

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 инфекции составляет

-1 неделю

Задача 35

Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 2-й день болезни.

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Заболела остро, ночью с появления озноба, головной боли, тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области.

Позже присоединились схваткообразные боли по всему животу, частый водянистый стул до 15-ти раз.

Температура тела поднялась до 38,7°C. Больная отметила нарастающую слабость, головокружение при вставании, чувство жажды.

Анамнез жизни

Работает на хлебопекарном комбинате. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (2 года назад). Гинекологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире.

Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по два сырых перепелиных яйца.

Объективный статус Температура тела 38,3°C. Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника. Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин. Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз. Диурез снижен. Судороги мышц кистей, кратковременные.

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 обезвоживания II

4. Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

-эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, кампилобактериозом

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 инфекции составляет
-1 неделю

Задача 39

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, уплотнённая 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 примесью слизи и крови. Диурез снижен. Судороги мышц кистей, кратковременные.

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

14. Укажите основной диагноз :**острый шигеллез, гастроэнтероколический вариант**

15. У данного больного определяется степень обезвоживания: **2**

16. Дифференциальную диагностику шигеллеза следует проводить с: **энтероинвазивными эшерихиозами, неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом**
17. Тактика ведения данного пациента включает: **госпитализацию в инфекционный стационар**
18. Средством для пероральной регидратации при обезвоживании является: **глюкозо-электролитная смесь**
19. Средством для парентеральной регидратации при обезвоживании является: **трисоль**
20. Препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе: **фторхинолонов**
21. Этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начинать с: **ципрофлоксацина**
22. Основным критерием выписки из стационара пациента, после перенесенного шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является: **однократный отрицательный бактериальный посев кала**
23. Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является: **двукратный отрицательный бактериологический посев кала**
24. Диспансерное наблюдение за переболевшими шигеллезом с бактериологически подтвержденным диагнозом, устанавливается в течении: **4-6 недель**

Задача 40

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.

13. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2): **бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии, реакция коагулирования (РКА)**
14. Укажите основной диагноз: **иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант**
15. Дифференциальную диагностику гастроинтестинальной формы иерсиниоза следует проводить с: **сальмонеллезом, шигеллезом, эшерихиозами**
16. Дифференциальную диагностику абдоминальной формы иерсиниоза следует проводить с: **острым аппендицитом**
17. Клиническая картина гастроинтестинальной формы иерсиниоза может сопровождаться развитием: **экзантематозного синдрома**
18. Экзантематозный синдром при иерсиниозах характеризуется появлением на: **2-6 день болезни пятнисто-папулезной сыпи, преимущественно на кистях, стопах с последующим шелушением**
19. Препарат выбора для лечения гастроинтестинальной формы иерсиниоза относится к группе: **фторхинолонов**
20. Этиотропное лечение иерсиниозов целесообразно начинать с : **ципрофлоксацина**
21. При септическом варианте генерализованной формы иерсиниоза целесообразно назначение: **комбинированной антибактериальной терапии**
22. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара при неосложненных формах иерсиниоза осуществляется в течении: **1 месяца**
23. Правилom выписки реконвалесцента после иерсиниоза является: **клиническое выздоровление**
24. Инкубационный период при иерсиниозе длится от до: **15 часов; 6 суток**

Задача 41

Пациентка 46 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу на 2-й день болезни 20.08.17г

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, тушёнка), 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 42

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 вялая, 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 инфекцией 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 инфекцией составляет: **1 неделю**

Задача 43

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 44

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 левомецитин

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 дивертикулите 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 У 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 45

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. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. В последующем боли в правом подреберье возникали при пищевых погрешностях и эмоциональных нагрузках, купировались мезимом форте и дротаверином. Последнее УЗИ органов брюшной полости выполнялось полгода назад по программе диспансеризации.

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 и инструментальным исследованием для исключения холецистолитиаза является : **ультразвуковое сканирование органов брюшной полости**
4. Какой диагноз основного и 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 и 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 и желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу назначают: **миогенные спазмолитики**
9. При усилении и диспепсических явлений пациентке могут быть назначены препараты из группы: **холеспазмолитиков**
10. Дифференцировать у дисфункцию желчевыводящих путей необходимо с : **хроническим холециститом**
11. Основным принципом и 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 и дисфункции желчевыводящих путей основаны на: **сбалансированном регулярном питании**

Задача 46

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 неотягощена. - 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. Сенсибилизация 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. Мониторирование 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 режиме «по требованию» следует назначить : **коротко действующий бета-2-агонист**

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

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

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

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

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

Задача 47

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, herpes labialis. Дыхание поверхностное, ЧДД — 18 в минуту. При осмотре грудной клетки определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в правой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в правой надключичной области, в | 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, пульсоксометрия**

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 : **амоксциллин**

6. Эффективность 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**

Задача 48

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

Анамнез жизни - 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.

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 базовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС * 78 в минуту, АД —120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края 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**

Задача 49

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

Заболевания
рос и развивался нормально, - Работает маляром-штукатуром, - 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 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**

Задача 50

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 бромид 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 зкспираторной 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°0. 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 басовые 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 х патология присутствует у пациента? : **артериальная гипертензия 2 степени, риск 3. Ожирение 1 степени**
5. Дополнительное х инструментальное обследование для оценки сопутствующей патологии включает ЭКГ и : **эхокардиографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий**
6. Для лечения обострения х заболевания следует назначить : **небулайзерную терапию короткодействующими бронходилататорами, антибиотики, муколитики**
7. Для базисной х фармакотерапии ХОБЛ следует назначить комбинацию : **длительно действующего антихолинэргетика 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 мороты**
12. Инструментальные х исследования при диспансерном наблюдении по основному заболеванию включают спирометрию и: **рентгенографию органов грудной клетки, пульсоксиметрию**

Задача 53

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. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) : **общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический 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**

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. Выберите необходимые 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 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 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 исследование почек**
8. Скрининг на наличие 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**

Задача 55

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

• **общий анализ крови**

· **общий анализ мочи**

· **биохимический анализ крови**

2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

· **ультразвуковое исследование почек**

3. Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

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

4. Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является

· **Подагра с поражением суставов (острый подагрический артрит), почек (уратный нефролитиаз)**

5. Показаниями к госпитализации при подагре являются

· **развитие анурии, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ подагрического артрита**

6. Тактика ведения данного больного включает

· **ведение в амбулаторных условиях**

7. Общие немедикаментозные принципы лечения подагры с поражением почек заключаются в соблюдении

· **низкопуриновой диеты и питьевого режима, предупреждении факторов, провоцирующих приступы подагры**

8. Основными направлениями фармакотерапии уратной нефропатии при подагре являются

· **угнетение синтеза мочевой кислоты, увеличение экскреции мочевой кислоты, химический распад мочекислых соединений**

9. Показаниями для назначения урикостатилов (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)

Задача 56

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 неотягощена; - 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, стол, В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются ЧДД 20 в мин Тоны сердца ритмичны, ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень — выступает из под края реберной дуги на 1,5 см. Мочеиспускание безболезненное За сутки выделил около 1500 мл мочи (выпил около 1,5 л жидкости)

1.Выберите основные лабораторные методы обследования? **Общий анализ мочи, Биохимический анализ крови,Исследование иммуноглобулина А (IgA)**

2.Инструментальные методы обследования: **УЗИ почек**

3. Ведущим нефрологическим синдромом у данного больного является: **мочевой**

4.Наиболее вероятным диагнозом является :**Хронический гломерулонефрит гематурического типа**

5. Дифференциальную диагностику IgA нефропатии следует проводить с **другими формами хронического гломерулонефрита (ХГН), протекающими с гематурией, наследственными нефропатиями**

6.Показаниями к госпитализации при гематурическом гломерулонефрите являются **персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, 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**

Ситуация

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

Жалобы

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

Пациент болен 2-й день.

Проживает в общежитии.

1.Необходимым исследованием для постановки ДЗ является

Иммунохроматография мазков носоглотки

2.Укажите характерные изменения в периферической крови при гриппе

Лейкопения, лимфоцитоз, норм СОЭ

3.ДЗ

Грипп, средней тяжести

4.Осложнениями гриппа являются

Пневмония, средний отит, отек мозга

5.Диф диагностику

Парагриппом, аденовирусно, РС-инфекцией

6.Тактика

Госпитализация в инф отделение

7.Для лечения неосложненного гриппа используют противовирусные препараты

Осельтамивир, умифеновир

8.Осельтамивир назначают по

75мг – 2 раза

9.В качестве противоэпидемических мероприятий в очаге

Текущую дезинфекцию

10. Для вакцинопрофилактики

Инактивированные вакцины

11. Вакцинацию против гриппа проводят в **осенне-зимний период**

12.Для внутриочаговой химиопрофилактики гриппа, среди проживающих в общежитии..

Умифеновир

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 38-38,3

За день до заболевания старшую пятилетнюю дочь госпитализировали в инфекционную больницу по поводу КИНЭ

1.Лабораторные методы

Бак посев кала на патогенные энтеробактерии

ЦПР-диагностика кала

2.ДЗ

Острый шигеллез, колитический вариант

3.Ведущим механизмом развития диареи при колитическом варианте шигеллезов является

Экссудативный

4.Диф диагностику проводить

Энтероинвазивными эшерихиозами, неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом

5. При колитическом варианте шигеллеза преимущественно поражаются

Сигмовидная и прямая

6. Тактика

Госпитализация в инф стационар

7. Лечебная тактика

Дезинтоксикационная терапия, пероральные а/б препараты

8. Препарат выбора для лечения относится к группе

Фторхинолонов

9. Этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начинать с

Ципрофлоксацина

10. Основным критерием выписки из стационара после перенесенного шигеллеза

Однократный отриц бак посев кала

11. Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза

Двукратный отриц бак посев кала

12. Диспансерное наблюдение

4-6 нед

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.

Заболевание связывает с употреблением в пищу плохо прожаренной курицы и салатов.

1. Методы обследования, учитывая 2-й день болезни

Бак посев кала на патогенные энтеробактерии

ЦПР-диагностика кала

КЩС

2.ДЗ

Сальмонеллез, гастроинтестициальная форма, гастроэнтерический вариант

3.У данного больного определена **2** степень обезвоживания

4.Диф диагностика

Эшехириозами, кампилобактериозом, ротавирусным гастроэнтеритом

5.Тяжесть течения гастроинтестициальной формы определяется

Степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома

6.Тактика ведения

Госпитализация в инф стационар

7.Лечебная тактика

Регидрационная терапия, пероральные а/б препараты

8.Средством для пероральной регидратации является

Глюкозо-электролитная смесь

9.Средством для парентеральной регидратации

Трисоль

10.При гастроинтестициальной форме сальмонеллеза назначение

Фторхинолонов

11.Правилom выписки

Однократный отриц бак посев кала

12.Диспансерное наблюдение

3-х месяцев

Ситуация

Больная 42 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому за разъяснениями и лечением в связи с обнаружением при УЗИ конкрементов в желчном пузыре

Жалобы

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

Встревожена перспективой оперативного вмешательства

1. Лаб методы обследования

Клин анализ крови

Липидный спектр крови

Функциональные пробы печени

2. Инструментальный методы обследования

УЗИ органов брюшной полости

3. К скрининговым инструментальным исследованиям, проводимым для исключения холедохолитиаза

Магнитно-резонансную холангиопанкреатографию

Эндоскопическое ультразвуковое исследование

4. ДЗ

ЖКБ, латентная форма

5. Устранить риск формирования и прогрессирования возможно

Отменив 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 является

Наличие осложнений

9. При усилении диспепсии желчегонные препараты

Со спазмолитическим эффектом

10. Контроль эффективности литолитической терапии через **3 месяца**

11. Доза урсодезоксихолевой кислоты

10 мг/кг

12. Плановое проведение холецистэктомии при бессимптомном камненосительстве рекомендуется

В регионе с отсутствием квалифицированной мед помощи

Ситуация

Больная В. 33 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, «заложенность» грудной клетке, потливость, общую слабость.

с детского возраста страдает хроническим тонзиллитом.

1. Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение

Общего анализа мокроты

Клинического анализа крови

2. Исследование уровня _____ в крови позволит выявить системную аллергическую реакцию у пациентки

Общего IgE

3. Обязательными инструментальными методами диагностики в данном случае являются

Рентгенография органов грудной клетки

спирография с фармакологической пробой

4. Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра, результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у больной является

бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма, среднетяжелого течения, стадии обострения

5. При проведении спирометрии с фармакологической пробой сальмотерол используют в дозе **400** мкг

6. В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

генетическую предрасположенность

7. Терапия основного заболевания предусматривает назначение

низких доз ингаляционных гкс /бета 2 адреномиметиков длительного действия

8. Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать

смена рода деятельности, снижение массы тела

9. Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой пациентка должна отслеживать **суточные колебания пиковой скорости выдоха**

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

11. Антилейкотриеновый препарат

Монтелукаст

12. Посещение врача пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет **2 раза в год**

Ситуация

Женщина 23 лет обратилась к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на интенсивные боли в области верхушки сердца колющие боли давящего характера, продолжительное не связанные с физической нагрузкой, перебои в работе сердца, одышку при повседневных нагрузках, повышение температуры тела до 37,4 – 37,6

1. Для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

Развернутый клинический анализ крови и определение уровня с-реактивного белка

определение уровня натрийуретических пептидов

определение тропонина т и тропинина

биохимический анализ крови электролиты крови

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

ЭКГ

рентгенография органов грудной клетки

эхокардиография

коронарография

3.ДЗ

Острый миокардит неуточнённой этиологии. Частая желудочковая экстрасистолия. НК 2А, ФК 2

4.Диф диагноз

Дилатационной кардиомиопатией, инфарктом миокарда, ревматическими и неревматическими поражениями клапанов сердца.

5.Тактика

Стационарное лечение в проф отделении

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

возникновении угрожающих жизни больного состояний

7.Неспецифическая терапия миокардита

Бета-адреноблокаторов, диуретиков, ИАПФ или БРА, ингибиторов минералкортикоидных рецепторов.

8.Для АВ-блокады 2 типа Мобитц 2 на ЭКГ характерно

Выпадение комплекса QRS без предшествующего удлинения интервала P-R

9.Данной пациентке показана

Временная кардиостимуляция

10. Выполнение временной эндокардиальной однокамерной стимуляции электрод располагают в

Правом желудочке

11. При верном расположении электрода на ЭКГ регистрируется спайк ЭКС за которым следует

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса

12. В случае прогрессирования острой сердечной недостаточности вызванной миокардитом для лечения используют методы вспомогательного кровообращения в частности метод

экстракорпоральной мембранной оксигенации

Ситуационная задача N 213

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На ноющие боли В области верхушки сердца

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает

. Не курит, алкоголем не злоупотребляет

- профессиональных вредностей не имела
- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

Вышеуказанные жалобы стала отмечать в течение полугода. Периодически беспокоят ноющие боли в области верхушки сердца, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более 2 пролетов и проходят после 5-минутного отдыха

объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов

нет. ЧДД 14 В1 МVІН. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 В 1 мин, АД 175/105 ММ рТ. СТ.

живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования А относятся (выберите 3)

- **регистрация ЭКГ в 12 отведениях**
- **трансторакальное ЭхоКГ**
- **нагрузочная проба под контролем (стресс-ЭхоКГ)**

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3)

- **клинический анализ крови**
- **определение уровня креатинина в крови**
- **исследование липидного спектра крови**

3. жалобы пациента соответствуют клинической картине

- **атипичной стенокардии**

4. жалобы пациента ПОЗВОЛЯЮТ диагностировать стенокардию напряжения

- **II функционального класса**

5. Сопутствующим заболеванием служит ГБ **3 стадии, 2 степени. ССС риск очень высокий**

6. В качестве стартовой антиагинальной и антигипертензивной терапии можно назначить **Бисопролола 5 мг 1 р/день и периндоприла 5мг 1 р/день**

7. При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить

Нитросорбит 10 мг 2 р/день

8. Для профилактики СС осложнений назначена ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг 1р/сут, а так же назначен статин в дозе, обеспечивающий уровень ХС ЛПНП не выше **1,4 ммоль/л**

9. Прием статина требует контроля
АСТ, АЛТ

10. В данной клинической ситуации прием статина следует **продолжить**

11. При продолжении терапии статинами на фоне повышенных до 3-х норм АСТ, АЛТ необходимо проконтролировать эти показатели через **4-6 недель**

12. В случае, когда у пациентов не удастся достичь целевой уровень ХС ЛПНП на монотерапии статинами, следует прибегнуть к комбинированной терапии, добавляя **эзетимиб**

Ситуационная задача № 212

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 заболевания

- 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 жизни

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.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м². Носовое дыхание не затруднено. Небные

миндалины увеличены В размерах, не гиперемированы, видны беловатые образования в

лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO₂ 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются

1. Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение А (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 течения, в стадии обострения**

5. При проведении спирометрии с фармакологической пробой рассчитывается коэффициент бронходилатации по формуле
$$(\text{ОФВ1 после(мл)} - \text{ОФВ1 исх(мл)}) / \text{ОФВ1 исх(мл)} * 100\%$$

6. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по ОФВ1 составляет не менее 12%

7. В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

Генетическую предрасположенность

8. Базисная терапия ОСНОВНОГО заболевания предусматривает назначение

- **низких доз ингаляционных ГКС/В2адреномиметиков длительного действия**

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

-**антилейкотриеновых**

10. Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать

Смену рода деятельности, снижение массы тела

11. С учетом клин состояния пациентки, результатов ФВД, дальнейшая тактика предполагает

Использование ингаляционных ГКС в низких дозах

12. Для самостоятельного контроля БА больной рекомендовано отслеживать

Суточные колебания пиковой скорости выдоха

Ситуационная задача № 212

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 заболевания

- 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 жизни

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.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м². Носовое дыхание не затруднено. Небные

миндалины увеличены В размерах, не гиперемированы, видны беловатые образования в

лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO₂ 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются

1. Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение А (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 течения, в стадии обострения**

5. При проведении спирометрии с фармакологической пробой рассчитывается коэффициент бронходилатации по формуле
(ОФВ1 после(мл) – ОФВ1 исх(мл)/ОФВ1 исх(мл) *100%

6. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по ОФВ1 составляет не менее **12%**

7. В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

Генетическую предрасположенность

8. Базисная терапия ОСНОВНОГО заболевания предусматривает назначение

- **низких доз ингаляционных ГКС/В2адреномиметиков длительного действия**

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

-**антилейкотриеновых**

10. Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать
Смену рода деятельности, снижение массы тела

11. С учетом клин состояния пациентки, результатов ФВД, дальнейшая тактика предполагает

Использование ингаляционных ГКС в низких дозах

12. Для самостоятельного контроля БА больной рекомендовано отслеживать
Суточные колебания пиковой скорости выдоха

Задача N 211

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость

Анамнез заболевания

- хронических заболеваний в анамнезе нет
- . Не курит, регулярное злоупотребление алкоголем отрицает
- профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

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**
- **амбулаторное(холтеровское) мониторирование ЭКГ**

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. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2VASc равна
- **0**

5. Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических А осложнений у данного пациента

- **Не желательна (класс рекомендации III)**

6. восстановление синусового ритма можно провести не ранее, чем через адекватной антикоагулянтной терапии

-**3 недели**

7. восстановление синусового ритма без трехнедельной антикоагулянтной подготовки возможно, если
' при чрезпищеводной эхокардиографии не выявлены противопоказания к кардиоверсии
8. После восстановления СИНУСОВОГО ритма прием антикоагулянтную следует
- продолжать не менее 4 НЕДЕЛЬ
9. Механизм действия дабигатрана обусловлен прямым обратимым ингибированием
тромбина
10. При применении дабигатрана контроль МНО
Не требуется
11. В данной ситуации пациенту следует рекомендовать _____ прием дабигатрана
Отменить на 1 день
12. Пациентам с развитием тяжелого жизнеугрожающего кровотечения, развившегося на фоне приема дабигатрана возможно введение специфического антидота
идаруцизумаб

Ситуационная задача 208

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 амоксиклава - 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 лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не

увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. К основным лабораторным методам обследования данного пациента относят **А-клинический анализ крови**

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

- **спирометрию с бронходилатационной пробой**

- **рентгенографию органов грудной клетки**

3. Перед проведением спирометрии пациенту необходимо **Исключить курение за 1 час перед исследованием**

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 наличии гнойной мокроты обязательным является назначение **-антибиотиков**

7. Учитывая аллергоanamnez В качестве **ЭТИОТРОПНОЙ** терапии пациенту необходимо назначить

азитромицин

8. Патогенетическая терапия у данного пациента предусматривает назначение ^

- муколитических препаратов и бронхолитических средств

9. Согласно оценочному тесту ХОБЛ САТ составил >10, пациенту для дальнейшего лечения следует рекомендовать бронходилататоры, представленные

Комбинацией длительнодействующих антихолинергиков + длительнодействующих В2 агонистов

10. Комбинацией длительнодействующих антихолинергиков + длительнодействующих В2 агонистов является

Тиотропия бромид + формотерол

11. Всем пациентам с ХОБЛ следует рекомендовать вакцинацию против _____ инфекции **пневмококковой**

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

- отказаться от курения

Задача 207

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-гнойной 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

- Анализ мочи на выявление растворимого антигена L. Pneumophila серогруппы 1

- Посева мокроты

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

- Теста амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для токсигенного штамма Clostridium defficile

- Иммуноферментного анализа для определения токсина А Clostridium defficile в кале

- Иммуноферментного анализа для определения токсина В Clostridium defficile в кале

3. Клинический диагноз может быть сформулирован следующим образом
- **Внебольничная левосторонняя пневмония. Clostridium difficile—ассоциированная болезнь легкого течения**
4. Оценку эффективности проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении ---- часов
- **48—72**
5. Проводимая терапия амоксиклавом
неэффективна
6. Учитывая неэффективность терапии амоксиклавом, в качестве препарата выбора второй линии целесообразно выбрать
- **левофлоксацин**
7. Для терапии Clostridium diffecile-ассоциированной болезни лёгкого/среднетяжёлого течения показано назначение
Метронидазола
8. Для нейтрализации активности токсинов следует применить
Диоктаэдрический смектит(смекта)
9. Эффективность терапии метронидазолом необходимо оценивать на **5-7** день лечения
10. При неэффективности терапии Clostridium difficile-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на
- **ванкомицин**
11. Ванкомицин следует назначить в дозе **125 мг 4 р/сутки**
12. После завершения курса лечения ванкомицином для профилактики следует рекомендовать курс
пробиотиков

Ситуационная задача №245

Ситуация

Больной К. 18 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие натощак, ночью, отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи или альмагеля.

Анамнез заболевания

Пациент учится в техническом ВУЗе, пищу принимает нерегулярно. 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно

кофе, диету не соблюдает. Известно, что у отца больного диагностирована язвенная болезнь желудка.

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

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является **ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

2. Необходимым для постановки У диагноза инструментальным методом обследования является **ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ С БИОПСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛЦУДКА**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДПК В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ**

4. К фоновому заболеванию, у имеющемуся у пациента, относится хронический **Н.РULORI АССОЦИИРОВАННЫЙ ГАСТРИТ**

5. Осложнением, которое может У возникнуть при данном заболевании является **КРОВОТЕЧЕНИЕ**

6. Для желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно **ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ СЛАБОСТЬ**

7. Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является **ИНГИБИТОР ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ+КЛАРИТРОМИЦИН+АМОКСИЦИЛЛИН**

8. Продолжительность тройной эрадикационной терапии составляет **10-14 ДН**

9. Для лечения крапивницы в данной ситуации следует назначить препараты **НЕСЕДАТИВНЫЕ АНТИГИСТАМИННЫЕ ДЕЗЛОРАТАДИН**

10. При сохранении симптомов крапивницы через 2 недели необходимо увеличить дозу принимаемого антигистаминного препарата в раза **4**

11. При неэффективности У применения антигистаминного препарата в 4-х кратной дозе рекомендовано к терапии добавить **ОМАЛИЗУМАБ**

12. В дальнейшем, при у проведении эрадикационной терапии, у данного пациента необходимо использовать квадротерапию, состоящую из **ИНГИБИТОРА ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ+ВИСМУТА ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТА+ТЕТРАЦИКЛИНА+МЕТРОНИДАЗОЛА**

Ситуационная задача №246

Ситуация

Больной К. 18 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие натощак, ночью, отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи или альмагеля

Анамнез заболевания

Пациент учится в техническом ВУЗе, пищу принимает нерегулярно. 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает. Известно, что у отца больного диагностирована язвенная болезнь желудка.

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

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является **ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ С БИОПСИЕЙ**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДПК В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ**

4. К фоновому заболеванию, имеющемуся у пациента, относится хронический **H.PYLORI АССОЦИИРОВАННЫЙ ГАСТРИТ**

5. Осложнением, которое может возникнуть при данном заболевании является **КРОВОТЕЧЕНИЕ**

6. Для желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно **ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ СЛАБОСТЬ**

7. Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является **ИНГИБИТОР ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ+КЛАРИТРОМИЦИН+АМОКСИЦИЛЛИН**

8. Продолжительность тройной эрадикационной терапии составляет **10-14 ДН**

9. Контроль эффективности эрадикационной антихеликобактерной терапии **ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ 4-6 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ**

10. Учитывая результаты определения антигена H. руой в кале, пациенту необходимо. провести эрадикационную терапию в виде **КВАДРОТЕРАПИЮ С ПРЕПАРАТОВ ВИСМУТА**

11. Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет ____ раз/раза **1**

12. Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с момента последнего обострения составляет (в годах) **5**

Ситуационная задача №249

Ситуация

Пациент 51 год вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, некупирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту. По профессии переводчик. Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 22 лет. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно. Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 40 лет,

употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня **ТРОПОНИНА**

2. Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является **ЭКГ В 12 ОТВЕДЕНИЯХ В ПОКОЕ**

3. Наиболее вероятным диагнозом будет **ИБС ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА**

4. Для обезболивания пациенту показано назначение **МОРФИН**

5. В соответствии с данными ЭКГ, наиболее вероятно поражение артерии **ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ**

6. Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и **КЛОПИДОГРЕЛЬ**

7. Немодифицируемым фактором риска ишемической болезни сердца у пациента является **ОТЯГОЩЕННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ ПО СЕРДЦЕНОСОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

8. Больному показана госпитализация в стационар **НЕМЕДЕЛЕННО**

9. При верно и своевременном назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан **ПОЖИЗНЕННО**

10. При развитии рецидива У болевого синдрома в грудной клетке проведение чрескожного коронарного вмешательства больному **ПОКАЗАНО В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ**

11. Во время госпитализации бы больному проведено суточное мониторирование АД. Среднее АД ночью - 152/104 мм рт. ст., среднее АД днем - 144/93 мм рт. ст., для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этого больного препаратами выбора являются **ИНГИБИТОРЫ АПФ**

12. Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациенту в рамках программы реабилитации **ПОКАЗАНА ЧЕРЕЗ 3-4 НЕД**

Ситуационная задача №250

Ситуация

Пациент 63 лет вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, некупирующиеся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту По профессии архитектор Перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 53 лет, мать жива, 85 лет, страдает артериальной гипертензией. Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня **ТРОПОНИНА**

2. Необходимым у инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является **ЭКГ В 12 ОТВЕДЕНИЯХ В ПОКОЕ**

3. Наиболее вероятный диагноз **ИБС ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА. ПОСТИНФАРКТНЫЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ**

4. Для обезболивания пациенту показано назначение **МОРФИН**

5. В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение артерии **ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ**

6. Пациент должен получать в качестве антитромбоцитарной терапии аспирин и **КЛОПИДОГРЕЛЬ**

7. Немодифицируемым фактором м риска ишемической болезни сердца у пациента является **ОТЯГОЩЕННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ ПО СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМ**

8. В случае развития гипокалиемии больному показано введение **КАЛИЯ И МАГНИЯ АСПАРГИНАТА**

9. При верно и своевременно у назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан **ПОЖИЗНЕННО**

10. Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному **В ЭСКТРЕННОМ ПОРЯДКЕ**

11. Для длительного лечения артериальной гипертензии, в составе комбинированной терапии, у этого больного препаратами выбора являются **ИНГИБИТОРЫ АПФ**

12. Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения **ПОКАЗАНА ЧЕРЕЗ 3-4 НЕД**

Ситуационная задача №251

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Курит до 20 сигарет за день, 2-3 раза в неделю употребляет алкоголь до 250 мл водки.

Семейный анамнез: отец пациента страдал алкоголизмом.

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

Анамнез жизни

Считает себя больным в течение 3 лет, когда стал отмечать появление болей в эпигастральной области и в левом подреберье возникающие после употребления алкоголя или приема жирной пищи. Отмечает снижение массы тела за последний год, так как

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является **БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ С ОПРЕДЕЛЕНИЕ...**

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **МСКТ ОРАГНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, РЕНТГЕН ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ**

4. Этиологией основного заболевания у пациента является **АЛКОГОЛЬНАЯ**
5. К возможным осложнениям основного заболевания относят **ПАНКРЕОНЕРКОЗ**
6. У пациента был выявлен синдром **ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
7. Рациональной комбинацией препаратов для лечения пациента является **ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ+ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ**
8. Для профилактики возникновения болевого синдрома пациенту рекомендован прием пищи отказ от курения и запрет алкоголя. **С ОГРАНИЧЕНИЕМ ЭКСТРАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**
9. С учетом сохранения у пациента жидкого стула необходимо прием панкреатина **УВЕЛИЧИТЬ ВДВОЕ**
10. Для уточнения степени экзокринной панкреатической недостаточности рекомендуется определение в кале **ЭЛАСТАЗЫ**
11. Для оценки степени экзокринной панкреатической недостаточности определение эластазы-1 в кале целесообразно выполнять **ПОСЛЕ УМЕНЬШЕНИЯ СИМПТОМАТИКИ**
12. О тяжелой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 **0-100**

Ситуационная задача №252

Ситуация

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

Жалобы

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

‘Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Курит до 20 сигарет за день, 2-3 раза в неделю употребляет алкоголь до 250 мл водки.

Семейный анамнез: отец пациента страдал алкоголизмом.

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

Анамнез жизни

Считает себя больным в течение 3 лет, когда стал отмечать появление болей в эпигастральной области и в левом подреберье возникающие после употребления алкоголя или приема жирной пищи. Отмечает снижение массы тела за последний год, так как

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является **БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ..., ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ**
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **МСКТ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ, РЕНТГЕН ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**
3. Какой диагноз можно поставить данному больному? **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ**
4. Этиологией основного заболевания у пациента является **АЛКОГОЛЬНАЯ**
5. К возможным осложнениям основного заболевания относят **ПАНКРЕОНЕКРОЗ**
6. У пациента был выявлен синдром **ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
7. Рациональной комбинацией препаратов для лечения пациента является **ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ+ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ**
8. Степень ограничения жиров в диете пациентов с хроническим панкреатитом зависит от **ТЯЖЕСТИ МАЛЬАБСОРБЦИИ**
9. С учетом сохранения у пациента жидкого стула необходимо прием панкреатина **УВЕЛИЧИТЬ ВДВОЕ**
10. Для оценки нутритивного статуса используется измерение индекса **МАССЫ ТЕЛА**
11. Индекс массы тела рассчитывается по формуле **$\text{ВЕС(КГ)} / \text{РОСТ(М)}^2$**
12. Для выявления остеопороза, возникшего вследствие панкреатогенной мальабсорбции, пациенту необходимо рекомендовать выполнение **РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ**

Задача 253

Больная З., 57 лет, юрист, обратилась к врачу-терапевту участковому

Жалобы на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, однократную рвоту, многократный жидкий стул, сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная утка, торт со взбитыми сливками), выраженная диарея, сохраняющаяся до 5 дней, при болях принимала но-шпу, мезим. Отмечает появление диареи при небольшой погрешности в диете, употреблении жирной жареной пищи, пирогов, обострения заболевания бывают 3-4 раза в год. В течение последнего года стала отмечать жажду и сухость во рту, диагностирован сахарный диабет. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после употребления жареной картошки с курицей появились опоясывающие боли в эпигастрии, возникла диарея до 7 раз в сутки, однократно была рвота съеденной пищей.

Анамнез жизни Росла и развивалась соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: отец пациентки умер в возрасте 59 лет от

меланомы кожи. Перенесенные заболевания: в возрасте 46 лет оперирована по поводу желчно-каменной болезни, проведена эндоскопическая холецистэктомия. На протяжении последних 7 лет диагностирована гипертоническая болезнь, с максимальными подъемами АД до 162/100 мм.рт.ст. постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день.

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Больная гиперстенического телосложения, избыточного питания. ИМТ=30,3 кг/м². Температура тела 36,6°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца в норме, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 132/80 мм рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастриальной области. Симптом Ортенера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9х8х7см. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

1.Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) ответ:

- **общий анализ крови**
- **биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина**
- **общий анализ мочи**

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

- **МСКТ органов брюшной полости.**
- **УЗИ органов брюшной полости**
- **Рентгенография грудной клетки**

3. Какой диагноз можно поставить данной больной? ответ:

- **Хронический панкреатит, в стадии обострения**

4. К выявленным синдромам у пациентки относится ответ:

- **внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы**

5. Наиболее вероятной причиной возникновения гипергликемии у данной пациентки является ответ: **панкреатогенный сахарный диабет**

6. Пациентке необходимо назначить ответ: **ферментные препараты**

7.Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета

- 25-40 тыс ед липазы в основной прием пищи +10-25 тыс ед в промежуточный прием**

8. Показателем определения компенсации сахарного диабета является ответ: **гликозилированный гемоглобин**

9.Целевой уровень гликозилированного гемоглобина зависит от возраста пациента макрососудистых осложнений и /или

- риска тяжелой гипогликемии**

10.Целевым уровнем гликемического контроля для пациентки является HbA1c меньше

-**7.0**

11. Для коррекции гипергликемии больной показано назначение :

- инсулина**

12.Инсулин короткого действия при близком к нормальному уровнюгликемии необходимо вводить за _____ мин до приема пищи

-20-30

Задача 254

Больной Б. 52 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом

Жалобы: на интенсивные боли за грудиной «сжимающего» характера с иррадиацией в оба плеча, чувство нехватки воздуха, страха

Анамнез заболевания: В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей при быстрой ходьбе. Самостоятельно принимал нитроглицерин под язык, что способствовало купированию приступов в течение 2-3 мин. Эпизод длительного болевого синдрома около 3-х часов, прием нитроглицерина эффекта не оказал.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 65 лет. Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет.

Объективный статус: Объективно: состояние средней тяжести. Рост 176 см, вес 92 кг. Отёков нет. Кожные покровы влажные, бледные. В лёгких – жёсткое дыхание по всем легочным полям, перкуторный звук с коробочным оттенком. Число дыханий - 20 в мин. Пульс - 90 уд/мин, ритмичный. АД 120/75 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая — правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая — в V межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги

1. К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят

определение тропонинов I и T, КФК – МВ

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

-электрокардиография

-эхокардиография

3. Какой диагноз можно поставить данному больному

ИБС. Инфаркт миокарда с зубцом Q, подъемом сегмента ST, в области передней стенки, межжелудочковой перегородки и верхушки левого желудочка, острый период

4. Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение

1% раствора морфина гидрохлорида

5. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты

6. Нагрузочная доза клопидогреля при планирующимся ЧКВ должна составлять _____ мг
-600 мг

7. Пациенту рекомендовано начать прием аторвастатина в дозе _____ мг
-80 мг

8. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает

-немедленную госпитализацию

9. ЭКГ признаками являющимися показанием для реперфузионной терапии является _____ как минимум в двух смежных отведениях

-Элевация ST

10. С целью восстановления коронарного кровотока предпочтение следует отдать

-Чрескожному коронарному вмешательству

11.Оценко риска смерти в стационаре проводится с использованием шкалы

-GRACE

12. На основании клинических и морфологических признаков инфаркт миокарда у данного пациента будет считаться зажившим начиная с _____ суток

29

Задача 255.

Больной Б. 52 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом

Жалобы: на интенсивные боли за грудиной «сжимающего» характера с иррадиацией в оба плеча, чувство нехватки воздуха, страха

Анамнез заболевания:В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей при быстрой ходьбе. Самостоятельно принимал нитроглицерин под язык, что способствовало купированию приступов в течение 2-3 мин. Эпизод длительного болевого синдрома около 3-х часов, прием нитроглицерина эффекта не оказал.

Анамнез жизни :Рос и развивался нормально. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 65 лет.Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет.

Объективный статус:Объективно: состояние средней тяжести. Рост 176 см, вес 92 кг. Отёков нет. Кожные покровы влажные, бледные. В лёгких – жёсткое дыхание по всем легочным полям, перкуторный звук с коробочным оттенком. Число дыханий - 20 в мин. Пульс - 90 уд/мин, ритмичный. АД 120/75 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая — правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая — в V межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги

1.К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят

определение тропонинов I и T, КФК – МВ

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

-электрокардиография

- эхокардиография

3. Какой диагноз можно поставить данному больному

ИБС.Инфаркт миокарда с зубцом Q, подъемом сегмента ST, в области передней стенки, межжелудочковой перегородки и верхушки левого желудочка, острый период

4. В данной клинической ситуации пациенту показано проведение

-коронароангиографии

5. В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз следует проводить с

-Расслаивающейся аневризмой аорты

6. . Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение

1% раствора морфина гидрохлорида

7. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты

8. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает

-немедленную госпитализацию

9. При выписке из стационара пациенту проведение двойной антитромбоцитарной (ацетилсалициловая кислота 100 мг , клопидогрел 75 мг) терапии следует

-продолжить до года в прежнем режиме

10.Пациенту назначен бисопролол в дозе 2,5 мг 1раз в сутки .В дальнейшем корректировка дозы

-требуется до максимально переносимой

11. Учитывая результаты повторной Эхо КГ , теста 6-ти минутной ходьбы пациенту целесообразно назначить

-антагонисты минералокортикоидных рецепторов

12.После выписки из стационара принимаемый пациентом ингибитор АПФ (периндоприл 4 мг) в схеме лечения следует

-оставить

Задача 256

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально, служил в армии. Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет. Наследственность:отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией. Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет. Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус при осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м². Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается

жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

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

-клинический анализ крови

-биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

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

-Эхо-КГ

-ЭКГ в покое

3) Какой предполагаемый основной диагноз?

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% ПА ст., III ФК NYHA

4) Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

-Признаки ГЛЖ

5. Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

-блокаторы рецепторов ангиотензина II

6.) Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов

7. Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают **ограничение потребления соли и жидкости**

8. Антагонистом кальция включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии является

-Амлодипин

9. Жалобами на увеличенные болезненные грудные железы у пациента могут быть обусловлены приемом

-Спинолактона

10. В данной ситуации пациенту следует рекомендовать заменить спинолактон на

-Эплеренон

11. Прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов (Эплеренон , спинолактон) может неблагоприятно взаимодействовать

-Блокатором рецепторов ангиотензина

12. Пациентам с низкой фракцией сердечного выброса , получающим антагонисты минералокортикоидных рецепторов , рекомендовано регулярно контролировать в крови содержание

-калия

Задача 257

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

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

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

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

Объективный статус Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы, Мюсси, Ортенра, Кера и Щеткина - Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

1.Обязательным лабораторным методом обследования является

- общий анализ крови

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

ЭФГДС с биопсией слизистой оболочки и определением обсемененности *H.pylori*

3.Какой диагноз можно поставить данному больному на основании клинικο-лабораторных и инструментальных методов обследования

-Язвенная болезнь желудка в стадии обострения

4. . К фоновому заболеванию, которое имеется у пациента, относится

- хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией *H. Pylori*

5.В зависимости от язвенного дефекта язвой малых размеров считается язва до ____ см

- 0.5 см

6.Локализация язвы в желудке по сравнению с язвой в 12-ти перстной кишке встречается

-реже

7. Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка является **инфицирование слизистой желудка *H. Pylori***

8. Наиболее точным неинвазивным методом диагностики инфекции *H. pylori* является **уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами ¹³C или ¹⁴C**

9. Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антигеликобактерную терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с

-кларитромицином и амоксициллином

10. Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет

-4-6 недель

11. Для контроля эрадикации *H. Pylori* определяют

- Антиген *H. Pylori* в кале

12. Перед назначением препаратов « третьей линии » для эрадикационной терапии необходимо определение

Индивидуальной чувствительности *H. Pylori* к антибиотикам.

Задача 258

Больной Б. 36 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы на боль в эпигастральной области, умеренной интенсивности, возникающую через 20 - 30 мин после приема пищи, без иррадиации. Так же беспокоит частая отрыжка, срыгивание кислым, изжога, неприятный вкус во рту, чувство быстрого насыщения, плохой сон, периодически – запор.

Анамнез заболевания Считает себя больным около года. Ранее к врачу не обращался. При появлении боли и изжоги принимал антацидные препараты с положительным эффектом. Неделю назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось: вновь появилась боль в эпигастральной

Анамнез жизни Перенесенные заболевания: детские инфекции, острые респираторные инфекции. Профессиональный анамнез: работает шофером на междугородных перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи длительные, еда всухомятку. Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко (не более 200 мл крепких алкогольных напитков в неделю). Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластичная, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/70 мм рт. ст. Язык обложен тонким белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным

сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

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

-анализ кала на скрытую кровь,

-клинический анализ крови

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

-исследование на инфекцию *Helicobacter pylori*,

-УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря,

-эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

Хронический *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит в фазе обострения с синдромом диспепсии

4. Наиболее вероятной причиной развития данного заболевания послужило

-инфицирование *Helicobacter pylori*

5.Обсеменение слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* сопровождается формированием поверхностного антрального гастрита и доденита и ведет к _____уровня гастрина с последующем _____секреции соляной кислоты

-повышению, усилению

6. Тактика ведения в данной ситуации подразумевает назначение

схемы эрадикации *Helicobacter pylori* «первой линии»

7. Препаратами, входящими в трехкомпонентную схему эрадикации *helicobacter pylori*, являются: ингибитор протонной помпы в удвоенной стандартной дозе, а также

- кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки)

8.Для уменьшения конкурентного лекарственного взаимодействия с препаратами , метаболизм которых осуществляется с помощью системы цитохрома P450 , необходимо помнить что среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома P 450 проявляют пантопрозол и рабепрозол

9. Контроль эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* проводится через _____после завершения курса

4-6 недель

10.Контроль эффективности эрадикационной терапии в данной ситуации следует провести

- через 2 недели

11. При проведении гастродуоденоскопии для выполненияморфологического метода диагностики инфекции *Helicobacter pylori* необходимо брать биопсию как минимум _____биоптата из тела желудка и ____ биоптата из антрального отдела

-2;1

12.В случае исчезновения симптомов диспепсии после успешной эрадикации *Helicobacter pylori* и отсутствия клинических проявлений в течение 6–12 мес. пациента следует отнести в группу больных с

-диспепсией, ассоциированной с инфекцией *H. Pylori*

Задача 259.

Больная 60 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы: На частые ноющие боли в правом подреберье через 1,5 часа после употребления жирной пищи и при иногда физической нагрузке (наклоны, быстрая ходьба), с иррадиацией под правую лопатку; на сухость, горечь во рту, метеоризм, запоры

Анамнез заболевания: Росла и развивалась нормально. Работает менеджером. Имеет 2-х взрослых детей. Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные заболевания. Наследственность: мать пациентки страдает артериальной гипертензией, желчнокаменной болезнью, ожирением. Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет. Питание нерегулярное. В течение последних трех месяцев целенаправленно придерживалась диеты с целью снижения массы тела, похудела на 2 кг.

Анамнез жизни: Считает себя больной около 4-х лет, когда стали беспокоить боли в правом подреберье после употребления жирной пищи и иногда - после физической нагрузки. К врачу не обращалась по данному поводу, лечилась самостоятельно, при боли принимала дротаверин с хорошим эффектом. Старалась ограничивать употребление жиров. Настоящее ухудшение в течение 4-х дней (после дня рождения): после употребления большого количества жирной, жареной пищи появилась описанная выше боли, с приступами тошноты.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. ИМТ - 29,0. Температура тела - 36,7 С. Кожа и видимые слизистые розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система визуально не изменена, тонус нормальный, активные и пассивные движения в полном объеме. Щитовидная железа не увеличена. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в межреберье по среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы и резистентности. Пульс 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. АД — 130 и 80 мм рт. ст. Перкуторно: границы сердца в пределах возрастной нормы. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные. Частота дыхания 18 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна, голосовое дрожание проводится симметрично. При перкуссии - ясный легочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки; границы легких - в пределах нормы. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Слизистая рта и зева чистая, нормальной окраски. Язык влажный, обложен у корня тонким сероватым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье; определяется пальпаторная болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Мерфи, Василенко, Ортнера-Грекова не определяются. Размеры печени по Курлову - 10-9-7 см. При пальпации печень плотно-эластической консистенции, крайзакруглен, безболезненный. Селезенка не пальпируется, по данным перкуссии ее размеры 8х5см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 3)

-общий анализ крови

-общий анализ мочи

-биохимическое исследование крови

2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят (выберите 2)

-ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей
-Электрокардиографическое исследование

3.Какой предполагаемый основной диагноз?

-Желчнокаменная болезнь .Хронический калькулезный холецистит с приступами билиарной боли.

4. Билиарная колика характеризуется признаками

-Захватывает эпигастральную область, нередко возникает в ночные часы , быстро нарастает , достигая «плато» может сопровождается тошнотой и рвотой

5. К факторам, предрасполагающим к образованию холестериновых камней, относят

-Соблюдение очень низкокалорийной диеты, голодание.

6. В данной клинической ситуации обоснованными консервативными мероприятиями являются диета,

-Прием спазмолитиков, также возможен прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты

7. Оптимальный интервал ультразвукового контроля растворения желчных камней при лечении урсодезоксихолевой кислотой составляет мес.

-3-6

8. В отсутствие осложнений \наблюдение пациентов с желчнокаменной болезнью осуществляется желчнокаменной болезнью осуществляется

-терапевтом или гастроэнтерологом

9. Изменения, характерные для инфаркта миокарда нижней стенки, можно увидеть в отведениях

-II III aVF

10. Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение

-1% раствора морфина гидрохлорида

11. Выраженность сердечной недостаточности пациентки на момент осмотра соответствует классу по Killip

- I

12. Тактика ведения пациентки на данном этапе предполагает

-немедленную госпитализацию

Задача 260

Больная 28 лет обратилась в поликлинику

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

Анамнез заболевания Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.

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

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

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

-биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), ферритина сыворотки (ФС) и коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ),

- клинический анализ крови

2) К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят (выберите 4)

-гинекологическое обследование: УЗИ органов малого таза,

-фиброгастроуденоскопию (ФГДС)

- рентген грудной клетки

- ЭКГ

3) Какой предполагаемый основной диагноз?

-Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести на фоне меноррагий, недавней беременности, лактации

4) К основным синдромам, наблюдаемым у пациентки, относятся

Анемический и сидеропенический

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

6. Лечебная тактика данной пациентки включает **лечебное питание, лечение железосодержащими препаратами**

7.Ежедневная потребность взрослого человека в железе составляет ____мг

-1-2

8.Усиливают всасывание железа из продуктов растительного происхождения овощи и фрукты с высоким содержанием ____кислоты

-аскорбиновой

9.Критерием эффективности назначенной терапии является повышение гемоглобин на 10 г/л к концу ____недели лечения

-4

10.Достаточная длительность курса лечения анемии средней степени тяжести пероральными препаратами железа составляет ____месяца

-4,5

11.О преодолении тканевой сидеропении можно судить по уровню

-сывороточного ферритина

12. Рекомендации пациентке для дальнейшей профилактики заболевания включают проведение поддерживающей терапии

- приём препаратов железа короткими курсами по 5-7 дней (100 мг/сутки) ежемесячно после менструации

Задача 261

Больная 28 лет обратилась в поликлинику

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

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

Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.

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

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

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

-биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), ферритина сыворотки (ФС) и коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ),

-клинический анализ крови

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

-гинекологическое обследование: УЗИ органов малого таза,

- фиброгастродуоденоскопию (ФГДС)

- рентген грудной клетки

- ЭКГ

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

4.) К основным синдромам относятся **анемический и сидеропенический**

5. К принципам ферротерапии относят назначение препаратов железа предпочтительнее

-перорально в достаточной суточной дозе 100-300 мг/сутки, длительностью лечения 3-6 месяцев и поддерживающей терапией

6. Лечебная тактика данной пациентки включает **лечебное питание, лечение железосодержащими препаратами**

7. Наибольшей комплаентностью обладают препараты железа

-на основе гидроксид полимальтазного комплекса

8.Препаратом железа на основе гидроксид полимальтазного комплекса который можно назначить пациентке вместо Сорбифер дурулес , является

-Мальтофер

9. Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 7-10 сутки определяют

-количество ретикулоцитов

10. В рекомендациях по диете при лечении железодефицитной анемии необходимо помнить о том что ____препятствует всасыванию железа

-чай

11. Показаний к переливанию эритроцитарной массы у данной пациентки нет, так как

- при анемии средней степени тяжести показаний для гемотрансфузий нет

12.) К биохимическим показателям, свидетельствующим о дефиците железа в депо относятся

-ферритин сыворотки (ФС), коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ)

Задача 263

Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке, усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение, дискомфорт в правом подреберье, отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота, перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигатран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.

Анамнез жизни Рос и развивался нормально Работал слесарем. Вредные привычки отрицает Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

Объективный статус Состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела 36,5⁰С. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14х13х11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

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

- биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля,

- натрийуретические пептиды

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

- **Эхокардиография,**
- **рентгенография органов грудной клетки**

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- **ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК. Нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. CHA2DS-VASc 4 балла (возраст, АГ, ИБС, ХСН), HAS-BLED 1 балл. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35-37%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Асцит**

4. При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать

- **диуретики**

5. Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в

- **замене торасемида на фуросемид, предпочтительнее во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг**

6. Дегидратационная терапия в активной фазе должна проводиться с превышением выделенной мочи над выпитой жидкостью не более _____ литра в сутки

-1-1,5

7. Уменьшение дозы диуретиков необходимо осуществлять при достижении больным состояния

- **Эуволемии**

8. Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента _____, которые отсутствуют в ранее назначенной терапии

- **ингибиторы АПФ**

9. Противопоказанием к назначению и АПФ является

- **Гиперкалиемия**

10. Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является

- **Бисопролол**

11. Противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является

- **атрио-вентрикулярная блокада 2 степени**

12. Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключаются в

- **регулярных дозированных физических нагрузках**

Задача 264

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы · на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, · отеки голеней и стоп, · слабость, повышенную утомляемость, · сухость во рту, жажду, · дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут.,

кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни · Рос и развивался нормально · Работал мастером по металлу · Вредные привычки отрицает · Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,90С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

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

-биохимический анализ крови

- натрийуретические пептиды

- общий анализ мочи

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

-ЭКГ в покое

Эхо-КГ

3.Какой предполагаемый диагноз? Ответ:

-ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ трехлетней давности). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина меньше 8%. ХСНпФВ ЛЖ 46%, IIБ ст., ПФК NYHA

4. Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение Ответ:

- HbA1c = 7,6%

5. Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является Ответ:

-метформин

6. В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на Ответ:

- ингибитор АПФ

7. У пациентов с ХСН и нарушением функции почек при выборе и АПФ следует отдать предпочтение

-Фозиноприлу

8. Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в Ответ:

- замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

9. При замене у данного пациента метопролола принимавшегося в дозе 25 мг в сутки на бисопролол необходимо рекомендовать начальную дозу последнего равную _____мг

-2,5

10. У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как Ответ:

- гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии

11. Учитывая признаки застойных явлений у данного пациента, такому больному необходимо назначить

-торасемид

12. Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточности, является

-Снижение массы тела

Задача 265

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы · на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, · отеки голеней и стоп, · слабость, повышенную утомляемость, · сухость во рту, жажду, · дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни · Рос и развивался нормально · Работал мастером по металлу · Вредные привычки отрицает · Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,9°C. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление

перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

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

-биохимический анализ крови

- натрийуретические пептиды

-общий анализ мочи

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

-ЭКГ в покое

Эхо-КГ

3.Какой предполагаемый диагноз? Ответ:

-ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ трехлетней давности).

Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина меньше 8%. ХСНпФВ ЛЖ 46%, ПБ ст., ПФК NYHA

4. Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение Ответ:

- HbA1c = 7,6%

5. Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является Ответ:

-метформин

6. В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на Ответ:

- ингибитор АПФ

7. Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в Ответ:

- замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

8. У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как Ответ:

- гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии

9.В данной ситуации пациенту показана респираторная поддержка в виде неинвазивной вентеляции легких с _____давлением

-положительным

10. В данной ситуации пациенту показано внутривенное болюсное введение

-петлевых диуретиков

11. С целью уменьшения пред и постнагрузки пациенту в данной ситуации показано внутривенное введение

-нитроглицерина

12. Пациентам сострой ХСН с низким сердечным выбросом, сохраняющимся явлениями застоя, гипоперфузии, несмотря на применение вазодилататоров и /или диуретиков рекомендованы препараты с _____ эффектом

-положительным инотропным

Задача 266

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового

Жалобы

На дискомфорт и боль в правой половине эпигастральной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время; тошноту натощак, отрыжку кислым содержимым; общую слабость; снижение работоспособности; головную боль.

13. Необходимые лабораторные методы – **ОАК, уровень общего железа сыворотки, ферритина**
14. Необходимые инструментальные методы – **ЭГДС с проведением теста на хеликобактер, УЗИ брюшной полости**
15. Диагноз – **ЯБ ДПК, ассоциированная с хеликобактер, обострение**
16. Анемия – **железодефицитная, легкой степени тяжести**
17. Лечение – **эрадикационная антихеликобактерная терапия**
18. Трехкомпонентная терапия первой линии: **кларитромицин + ИПП + амоксициллин**
19. Контроль эффективности: **через 4-6 недель**
20. Лечение осложнения: **препараты железа**
21. Курс препаратов железа: **3 месяца**
22. Преимущества 3хвалентного железа: **меньшая частота осложнений**
23. Суточная доза препаратов железа: **100-300**
24. Критерий эффективности: **4 недели**

Задача 267

Ситуация

На прием к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 64 лет

Жалобы

На сухость во рту, часто и обильное мочеиспускание

13. Анализы: **глюкоза, гликированный гемоглобин**
14. Диагноз: **СД 2 типа**
15. Уточнение стадии поражения почек: **соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи**
16. Степень: **С3а, А3**
17. Группа: **очень высокого риска**

18. Рекомендации: **низкокалорийная диета с исключением легкоусвояемых углеводов, ограничением животного белка(не более 0,8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки(не менее 150 минут в неделю)**
19. Целевой гликированный гемоглобин: **8,0**
20. Сахароснижающая терапия: **вилдаглиптин и метформин**
21. Увеличение холестерина: **увеличение дозы розувастатина**
22. Целевое АД **<130/80**
23. Гипотензивная терапия неэффективна добавить: **антагонист кальция**
24. Гипотиазид у пациентов с ХБП: **малоэффективен**

Задача 268

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратился пациент 71 года

Жалобы

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

13. Методы исследования: **пальпация периферических артерий, доплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса**
14. Диагноз: **СД 2 типа, диабетическая дистальная сенсо-моторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей**
15. Сопутствующее: **АГ 3 ст, очень высокий риск. Ожирение 1 ст**
16. Целевое ХС ЛНП: **1,5**
17. К терапии добавить: **ацетилсалициловую кислоту, розувастатин**
18. При назначении статинов необходимо контролировать: **АЛТ, АСТ**
19. Выраженный гиполипидемический эффект ...: **максимальным периодом полураспада**
20. Доза аспирина: **75-150**
21. Целевой гликированный гемоглобин: **8,0**
22. Для интенсификации сахароснижающей терапии добавить: **алоглиптин**
23. Повторный контроль гликированного гемоглобина: **3-6 месяцев**
24. Ежегодный офтальмологический осмотр должен включать: **офтальмоскопию**

Задача 269

Ситуация

На прием к участковому терапевту обратился пациент 71 года

Жалобы

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

13. Методы исследования: **пальпация периферических артерий, доплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса**
14. Диагноз: **СД 2 типа, диабетическая дистальная сенсо-моторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей**

15. Сопутствующее: **АГ 3 ст, очень высокий риск. Ожирение 1 ст**
16. ЛПИ: **сАД на лодыжке/сАД на плече**
17. При развитии критической ишемии нижних конечностей: **реваскуляризация конечности**
18. ЛПИ должен быть: **менее 0,4**
19. К терапии добавить: **ацетилсалициловую, розувастатин**
20. Противовоспалительный, антипролиферативный и антиоксидантный эффект: **плейотропный**
21. Комбинированная терапия статинов с: **эзетимибом**
22. Целевой гликированный гемоглобин: **8,0**
23. К сахароснижающей терапии добавить: **алоглиптин**
24. Рациональная сахароснижающая терапия: **иДПП-4 + метформин**

Задача 270

Ситуация

На приеме к участковому терапевту обратился пациент 65 лет

Жалобы

На эпизоды тошноты, потливости, чувства голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи

13. анализы: **Б/Х анализ крови, гликированный гемоглобин**
14. Диагноз: **СД 2 типа. Гипогликемия**
15. Стадия ХБП: **2**
16. Рекомендации по лечению СД: **отмена глибенкламида и назначение иДПП-4**
17. иДПП-4: **ситаглиптин, вилдаглиптин**
18. целевой гликированный гемоглобин зависит от: **возраста**
19. целевой гликированный гемоглобин: **7,5**
20. мероприятия необходимо начинать при гипогликемии менее: **3,9**
21. мероприятия: **прием 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов**
22. мероприятия при тяжелой гипогликемии: **в/в струйное введение 60 мл 40% раствора глюкозы**
23. при снижении СКФ необходимо отменить: **метформин**
24. отменить метформин до и после рентгеноконтрастных процедур: **2**

Задача 271

Ситуация

На приеме к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

На сухость во рту, жажду, онемение стоп, боли в ногах (преимущественно ночью)

13. исследования: **оценка нарушений чувствительности, определение сухожильных рефлексов**
14. диагноз: **СД 2 типа. Диабетическая нейропатия, сенсомоторная форма**
15. сопутствующая: **АГ 3 ст, очень высокий риск, ожирение 1 ст**

- 16. лечение осложнений: **прегабалин**
- 17. целевой глик гемоглобин: **7,5**
- 18. доза гликлазида: **60**
- 19. повторный контроль глик гемоглобина: **3 месяца**
- 20. ретинопатия: **офтальмоскопия при расширенном зрачке**
- 21. раневой дефект: **2 ст**
- 22. классификация раневых дефектов: **5 ст**
- 23. Антибиотики со: **2 ст**
- 24. Измерение: **ЛПИ**

Задача 272

Ситуация

На приеме к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

На сухость во рту, жажду, онемение стоп, боли в ногах (преимущественно ночью)

- 13. исследования: **оценка нарушений чувствительности, определение сухожильных рефлексов**
- 14. диагноз: **СД 2 типа. Диабетическая нейропатия, сенсомоторная форма**
- 15. сопутствующая: **АГ 3 ст, очень высокий риск, ожирение 1 ст**
- 16. лечение осложнений: **габапентин**
- 17. целевой глик гемоглобин: **7,5**
- 18. доза гликлазида: **60**
- 19. повторный контроль глик гемоглобина: **3 месяца**
- 20. снижении СКФ отмена: **метформина**
- 21. форма: **нейропатическая**
- 22. измерение: **ЛПИ**
- 23. тяжелая ишемия ЛПИ: **менее 0,4**
- 24. основа профилактики: **достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей глик контроля**

Задача 273

Ситуация

На приеме к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет

Жалобы

На сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, общую слабость, тошноту, однократную рвоту

- 13. анализы: **экспресс-анализ гликемии, ОАМ с определением кетоновых тел**
- 14. диагноз: **СД 1 типа. Диабетический кетоацидоз**
- 15. тактика: **госпитализация в стационар**
- 16. начальная доза инсулина: **0,1-0,15**
- 17. в последующие часы инсулин: **0,1**
- 18. суммарный дефицит воды: **50-100**

- 19. в 1 сутки: **50%**
- 20. в 1 сутки не следует снижать уровень глюкозы: **менее 13-15**
- 21. целевой глик гемоглобин: **6,5**
- 22. повторный контроль глик гемоглобина: **3 месяца**
- 23. контроль глюкозы: **не менее 4 раз ежедневно**
- 24. рекомендации по питанию: **общее употребление белков, жиров и углеводов, не отличающемся от такого у здорового человека**

Задача 274

Ситуация

На прием к воачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет

Жалобы

На сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, общую слабость, тошноту, однократную рвоту

- 13. анализы: **экспресс-анализ гликемии, ОАМ с определением кетоновых тел**
- 14. диагноз: **СД 1 типа. Диабетический кетоацидоз**
- 15. тактика: **госпитализация в стационар**
- 16. регидратационная терапия: **15-20**
- 17. скорость регидратации зависит от: **ЦВД**
- 18. дефицит жидкости должен быть восполнен в течение: **24-48 часов**
- 19. коррекция гликемии через инфузомат: **0,1**
- 20. скорость снижения глюкозы: **4**
- 21. целевой глик гемоглобин: **6,5**
- 22. контроль глюкозы: **не менее 4 раз ежедневно**
- 23. кратность ежегодного посещения офтальмолога: **1**
- 24. повторный контроль глик гемоглобина: **3 месяца**

Задача 275

Ситуация

Больной А., 37 лет, обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

- 13. анализы: **клинический анализ крови, исследование обмена железа**
- 14. инструментальные методы: **ЭГДС, колоноскопия, УЗИ щитовидной железы**
- 15. диагноз: **железодефицитная анемия легкой степени тяжести алиментарного генеза**
- 16. критерии ВОЗ: **130**

17. критерий оценки: **уровень гемоглобина**
18. причина: **неполноценное питание**
19. тактика **препараты железа**
20. преимущества 3хвалетного железа: **меньшая частота осложнений**
21. способ введения: **пероральный**
22. длительность: **3 месяца**
23. контроль: **количество ретикулоцитов**
24. Для усиления всасывания железа: **аскорбиновая кислота**

Задача 276

Ситуация

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы

На сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок – быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина

13. Анализы: **клин анализ крови, б/х крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия**
14. Инструменты: **ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ**
15. Диагноз: **ИБС. Стенокардия напряжения 1 ФК. Ожирение 1 ст**
16. Риск: **очень высокий**
17. Для уточнения ИБС: **пробы с дозированной физической нагрузкой**
18. Противопоказание для проб: **СН 3-4 ФК**
19. Причина прекращения пробы: **подъем ST больше 1 мм**
20. Тактика: **комбинированная терапия бета-блокаторами в адекватной дозе, аспирином, статинами**
21. Доза аспирина: **75-100**
22. В рационе за счет жиров должно быть обеспечено не более: **30%**
23. Для профилактики ССО всем пациентам со стаб ИБС рекомендуется уровень ХсЛНП: **<1,4**
24. Побочное действие статинов: **повышение активности печеночных трансаминаз**

Задача 277

Ситуация

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы

На сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок – быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина

- 1.Анализы: **клин анализ крови, б/х крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия**
- 2.Инструменты: **ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ**
- 3.Диагноз: **ИБС. Стенокардия напряжения 1 ФК. Ожирение 1 ст**
- 4.Для уточнения ИБС: **пробы с дозированной физической нагрузкой**
- 5.Противопоказание: **лихорадка**
- 6.Прекращение пробы: **стойкое снижение сАД более чем на 10 мм рт ст от исходного**
- 7.Тактика: **комбинированная терапия бета-блокаторами в адекватной дозе, аспирином, статинами**
- 8.Доза аспирина: **75-100**
- 9.Побочное действие статинов: **повышение активности печеночных трансаминаз**
- 10.С целью эффективности и безопасности лечения статинами повторный анализ крови на липиды, печеночные трансаминазы следует выполнить через: **8 недель**
- 11.Увеличение печеночных трансаминаз более чем в **3 раза**
- 12.При повышении трансаминаз перейти на **эзетимиб**

Ситуационная задача №278

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.

- Домохозяйка.

- Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких.

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

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

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

-**ЭКГ в 12 отведения, - Эхо-КГ**

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Гипертоническая болезни III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.

4. Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной, указывают на

Гипертрофию левого желудочка

5. Пациентке, без установленного ранее диагноза ИБС необходимо оценить предтестовую вероятность. Предтестовая оценка вероятности базируется на оценке характера болей и

Возраста и пола

6. у пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) ишемической болезни сердца составляет 28%. На основании этого следует

Направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные и визуализирующие диагностические исследования

7. Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается

Депрессия сегмента ST на 1 мм и более

8. препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

Короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

9. Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

Ингибитора АПФ

10. Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови определением

Уровня креатинина и расчетом СКФ

11. при назначении статина корректировать дозу препарата следует через _____ недели (-ю)

6-8 недель

12. Целевое значение ЧСС у пациентки составляет ____ ударов в минуту

55-60

Ситуационная задача № 279

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.

- Домохозяйка.

- Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких.

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

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

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

- **ЭКГ в 12 отведения, - Эхо-КГ**

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Гипертоническая болезни III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.

4. Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной, указывают на

Гипертрофию левого желудочка

5. Для уточнения диагноза ИБС при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке, необходимо проведение

Проб с дозированной физической нагрузкой

6. При сомнительных результатах обычной нагрузочной пробы в ходе первоначальной диагностики ИБС пациентам показано выполнение

Стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой

7. Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

Ингибитора АПФ

8. Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови определением

Уровня креатинина и расчетом СКФ

9. Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить

Ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

10. Пациентке назначен бисопролол, антиангинальное действие которого заключается в

Снижении потребности миокарда в кислороде

11. препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

Короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

12. Благоприятное действие нитроглицерина у больных со стенокардией обусловлено

Снижением преднагрузки

Ситуационная задача 280

Ситуация

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалоба

- боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость,
- сердцебиение

Анамнез заболевания

- росла и развивалась нормально
- пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза

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

- **клинический анализ крови**

- **биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля**

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

- ЭКГ в покое

- Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- **Основное: ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий.**

Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 40%, II А ст., III ФК NYHA

4. Основой патогенетической терапии ХСН у больной являются

Ингибиторы АПФ

5. Стратегия терапии нарушения ритма сердца у больной

Контроль ЧСС

6. Препараты, назначение которых наряду с бета-адреноблокаторами показано больной для контроля ЧС при постоянной форме трепетания предсердий

Сердечные гликозиды (дигоксин)

7. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

CHA2DS2VASc

8. Расчет индекса риска в баллах по шкале CHA2DS2VASc основан на учете таких факторов как сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт/ТИА, заболевания сосудов, возраст и

Женский пол

9. Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны

Новые оральные антикоагулянты

10. К новым оральным антикоагулянтам относят

Апиксабан

11. Данной пациентке назначен апиксабан в дозе _____ мг 2 р/сутки

2,5

12. Риск кровотечений следует оценивать по шкале

HAS-BLED

Ситуационная задача 281

Ситуация

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалоба

- боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость,
- сердцебиение

Анамнез заболевания

- росла и развивалась нормально
- пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза

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

- **клинический анализ крови**

- биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

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

- ЭКГ в покое

- Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- **Основное: ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий.**

Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 40%, II А ст., III ФК NYHA

4. Основой патогенетической терапии ХСН у больной являются

Ингибиторы АПФ

5. Стратегия терапии нарушения ритма сердца у больной

Контроль ЧСС

6. Препараты, назначение которых наряду с бета-адреноблокаторами показано больной для контроля ЧС при постоянной форме трепетания предсердий

Сердечные гликозиды (дигоксин)

7. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

CHA2DS2VASc

8. Расчет индекса риска в баллах по шкале CHA2DS2VASc основан на учете таких факторов как сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт/ТИА, заболевания сосудов, возраст, женский пол и

Сахарный диабет

9. Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны

Новые оральные антикоагулянты

10. К новым оральным антикоагулянтам относят

Дабигатрана этексилат

11. Данной пациентке назначен дабигатран в дозе _____ мг 2 р/сутки

110

12. Источником тромбов при ишемическом инсульте на фоне фибрилляции предсердий является

Ушко левого предсердия

Ситуационная задача 282

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
- слабость, повышенную утомляемость,
- сердцебиение при физической нагрузке

Анамнез заболевания

- рос и развивался нормально, служил в армии
- генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте

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

- **клинический анализ крови**

- **биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля**

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

- **ЭКГ в покое**

- **Эхо-КГ**

3. Какой предполагаемый диагноз?

Гипертоническая болезнь Шст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% ПА ст., III ФК NYHA

4. Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

Признаки ГЛЖ

5. Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

Блокаторы ангиотензиновых рецепторов

6. Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

Блокаторов рецепторов ангиотензина + бета-адреноблокаторов + антагонистов минералокортикоидных рецепторов

7. Лечение бета-блокаторами следует начинать с средней терапевтической дозы

1/8

8. Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

Амлодипин

9. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов назначаются пациентам с ХСН в дозе мг/сутки

25-50

10. К антагонистам минералокортикоидных рецепторов относят

Эплеренон

11. Для Объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

ШОКС

12. Возникновение кашля у пациента на фоне приема иАПФ было обусловлено накоплением в верхних дыхательных путях

Брадикинина

Ситуационная задача №283

Ситуация

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

- На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при небольшой физической нагрузке — ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону.

- На боли и судороги в икроножных мышцах при ходьбе

Анамнез заболевания

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

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

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

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

- **ЭКГ в 12 отведения, - Эхо-КГ**

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

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

4. Изменения на ЭКГ, выявленные у больного

Полная блокада левой ножки пучка Гиса.

5. Основными целями медикаментозной терапии у данного больного являются

Устранение симптомов и профилактика сердечно-сосудистых событий

6. Тактика лечения данного больного должна включать

Реваскуляризацию

7. 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. Коррекции дислипидемии у данного больного подразумевает

- **увеличение дозы розувастатина**

9. Пациенту в данной ситуации необходимо добавить к терапии

Ивабрадин

10. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту необходимо назначить ингибиторы

АПФ

11. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии больного ИБС являются

Короткодействующие нитраты

12. Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются

Мужской пол, возраст.

Ситуационная задача №284

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на

- одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое,

- эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение,
- тяжесть в правом подреберье,
- отеки голеней и стоп,
- слабость, повышенную утомляемость,
- уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально.
- Работал токарем.

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

- **клинический анализ крови**
- **биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля**

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

- **ЭКГ в покое**
- **Эхо-КГ**

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.

4. Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

Ингибиторы АПФ

5. Абсолютным противопоказанием для назначения иАПФ является

Двусторонний стеноз почечных артерий

6. После начала терапии иАПФ допустимо увеличение уровня креатинина на % выше исходных значений

50

7. Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать

Диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов

8. Терапию диуретиками необходимо начинать с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса больного не составит кг ежедневно

0,5 – 1,0

9. В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

Тяжелая декомпенсация ХСН

10. Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

Петлевых диуретиков (фуросемид, торасемид)

11. У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима

динамическая оценка показателя

СКФ

12. При развитии у больного гинекомастии на фоне длительного приема спиронолактона **необходимо заменить его на**

Эплеренон

Ситуационная задача №284

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на

- одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое,
- эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение,
- тяжесть в правом подреберье,
- отеки голеней и стоп,
- слабость, повышенную утомляемость,
- уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально.
- Работал токарем.

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

- **клинический анализ крови**
- **биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля**

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

- **ЭКГ в покое**
- **Эхо-КГ**

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.

4. Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

Ингибиторы АПФ

5. Прием иАПФ следует прекратить при увеличении концентрации калия в крови больше ммоль/л

5,5

6. Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов

Диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов

7. Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

Петлевых диуретиков (фуросемид, торасемид)

8. Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточностью является

Снижение массы тела

9. В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

Тяжелая декомпенсация ХСН

10. При стабильной ХСН необходимо назначить низкие дозы бета-адреноблокатора с удвоением дозы 1 раз в дней/дня

14

11. У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима

динамическая оценка показателя

СКФ

12. При снижении СКФ меньше 60 мл/мин дозу принимаемого иАПФ следует

Уменьшить вдвое

Ситуационная задача №285

Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту

Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Хронические заболевания отрицает.

В 16 лет — оперативное лечение крипторхизма.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергоанамнез не отягощен.

Отец здоров, у матери открытое овальное окно.

Анамнез жизни

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и

предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся (выберите 3)

- **регистрация ЭКГ в 12 отведениях**

- **суточное мониторирование ЭКГ**

- **трансторакальное эхокардиографическое исследование**

2. Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня

Мозгового натрийуретического пептида

3. Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является

Желудочковой тахикардией

4. Основным заболеванием является

Гипертрофическая кардиомиопатия

5. Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии характерно нарушение внутрисердечной гемодинамики и развитием градиента давления в выходном тракте левого желудочка и/или реже в среднем отделе ЛЖ больше мм. рт. ст.,

30

6. Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу

HCM Risk SCD

7. Для определения и количественной оценки динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка данному пациенту рекомендуется проведение

ЭХО-КГ в условиях нагрузки

8. В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять

Бета-блокаторы

9. В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение

Верапамила

10. В случае отсутствия значимого симптоматического эффекта монотерапии В-АБ или верапамилем рекомендовано их комбинированное назначение с

Дизопирамидом

11. Имплантация кардиовертера-дефибрилятора может быть рекомендована пациенту с ГКМП если 5-ти летний риск ВСС по шкале HCM Risk-SCD составляет и более %

4

12. Переоценка риска ВСС осуществляется каждые года/лет

1-2

Ситуационная задача №287

Ситуация

Пациентка 64 лет вызвала участкового терапевта на дом через 2 часа после начала заболевания.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 3 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась соответственно возрасту;
- по профессии биохимик;
- перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия В возрасте 12 лет, аппендэктомия — 23 лет, грыжесечение — 55 лет;
- наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 52 лет, мать страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом, жива, 85 лет;
- вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает;
- беременностей 2, родов — 2. Менопауза с 52 лет, протекала без особенностей;
- регулярно не обследовалась, к врачам не обращалась, отмечала эпизоды повышения артериального давления, точных цифр не помнит;

1. К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят определение уровня

Тропонина I в динамике

2. Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое

3. Какой диагноз можно поставить данной больной на основании имеющихся данных?

ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Атеросклероз аорты, коронарных артерий.

4. В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение артерии

Правой коронарной

5. Для обезболивания пациентке показано назначение

Морфина

6. Морфин, разведенный физиологическим раствором как минимум в 10,0 мл , следует вводить внутривенно дробно в дозе — мг

2-4

7. Пациентке необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

Клопидогрель

8. С учетом планирующегося первичного чрескожного коронарного вмешательства нагрузочная доза клопидогрела должна составлять мг

600

9. Пациентке показано внутривенное введение

Атропина

10. При неэффективности атропина рекомендовано провести

Временную электрическую кардиостимуляцию

11. Проведение чрескожного коронарного вмешательства больной

Показано в экстренном порядке

12. Пациентке показано назначение аторвастатина в дозе мг

40-80

Ситуационная задача №288

Ситуация

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику

Жалобы

На повышение артериального давления, максимально до 185/110 ММ рТ.СТ., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания

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

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

-оак

- глюкоза, калий, натрий...

- определение липидного профиля

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

СМАД

3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

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

4. К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относят

Ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность, курение

5. Целевыми значениями артериального давления для пациентов в возрасте до 65 лет, страдающих сахарным диабетом, являются < ММ рТ.СТ

130/80

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

2

7. Рациональной комбинаций гипотензивных препаратов у данного больного будет назначение блокатора рецептора ангиотензина и

Антагониста кальция

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

Альфа-адреноблокаторы

9. Фармакотерапия дислипидемии у данного пациента подразумевает

Назначение статинов в высоких дозах до достижения целевого ЛНП менее 1,4 ммоль/л

10. Прием статина требует контроля

АСТ, АЛТ

11. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c менее _____

7,5

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

3-4

Ситуационная задача №289

Ситуация

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

- Рос и развивался соответственно возрасту;
- по профессии бухгалтер;
- перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия В возрасте 56 лет;
- наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет;
- вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет В день В течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает;
- регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

Анамнез жизни

- Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые В жизни;

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторными методами обследования относят определение уровня (выберите 2)

МВ-фракции креатинкиназы в динамике

тропонина | в динамике

2. Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения являются (выберите 2)

ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое

коронароангиография

3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании имеющихся данных?

ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Атеросклероз аорты, коронарных артерий.

4. Для обезболивания пациенту показано назначение

Морфина

5. Госпитализация пациенту

показана в экстренном порядке

6. Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

Тикагрелор

7. Нагрузочная доза тикагрелора должна составлять мг

180

8. Статины необходимо назначить в дозах независимо от уровня холестерина и при условии хорошей переносимости и отсутствии противопоказаний

ВЫСОКИХ

9. Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

Показано в экстренном порядке

10. Характерными электрокардиографическими признаками фибрилляции предсердий являются

отсутствие зубцов Р, наличие волн ff, нерегулярность ритма желудочков

11. В данной клинической ситуации необходимо выполнить

немедленную электрическую кардиоверсию

12. При выполнении электрической кардиоверсии необходимо выбрать начальную энергию = электрического разряда равную Дж (бифазный)

120-150

Ситуационная задача №324

Ситуация

Мужчина 64 лет, обратился к участковому терапевту в поликлинику.

Жалобы

На кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, потливость, слабость, периодически - осиплость голоса, упорный, приступообразный кашель, повышение температуры тела до 37,4°C, в течение последних 2-х недель.

Анамнез заболевания

В детские годы имел контакт с больным туберкулезом отцом.

Состоял на диспансерном учете по поводу контакта, прошел курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев.

10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Проживает с семьей в трехкомнатной квартире, имеет 2-х детей.

Анамнез жизни

В течение последних 2 недель

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

. общеклинический анализ крови
. трехкратное микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза

2. Необходимым для ^ постановки диагноза инструментальным методом обследования является

. обзорная рентгенография органов грудной клетки

3. Результат пробы Манту² ^ТЕ ППД-Л у пациента оценивают как реакцию **положительную**

4. Результаты ^рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

. диссеминированный туберкулез

5. Рентгенологическим ^ признаком затемнения легочной ткани является синдром **. диссеминации**

6. Данному больному ^ выставлен диагноз

. Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, туберкулез гортани, бронхов

7. Осложнением основного ^заболевания у больного является

. туберкулез гортани и бронхов

8. Наиболее информативным ^ методом верификации диагноза при Диссеминированном поражении легких является

. гистологическое исследование ткани легкого

9. При диссеминированном ^туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять

Антибактериальные препараты первого ряда

10. Благоприятным исходом ^ подострого диссеминированного туберкулеза легких является

. уплотнение и формирование фиброзных, фиброзно-очаговых изменений

11. Дифференциальную ^ диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с

. саркоидозом легких 1 стадии, карциноматозом легких

12. По эпидемиологической ^опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу

1 степени

Ситуационная задача №325 ^

Ситуация

Больной 41 год обратилась в 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.

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

Обоснование

5. На основании полученных ^ результатов обследования данного больного можно поставить диагноз

. Кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого (\$2) 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

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 1 степени

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 отстает 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 II 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.

Рекция Манту с 2 ТЕ ППД-Л — отрицательная, диаскинтест — отрицательный.

13. Лабораторные: **ОАК, микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивые микобактерии**
14. Инструментальные: **обзорная рентгенография органов грудной клетки**
15. Отрицательный результат является проявлением: **выраженный иммунодефицит**
16. Результаты рентгена в первую очередь предполагают: **казеозную пневмонию**
17. Диагноз: **казеозная пневмония лёгкого в фазе распада и обсеменения, мбт+, кровохарканье**
18. Осложнение: **кровохарканье**
19. Клиническая картина: **тяжёлым, остро прогрессирующим течением**
20. Аускультация при казеозной пневмонии: **ослабленным бронхиальным дыханием и большому количеству звонких разнокалиберных влажных хрипов**
21. При сохранной лекарственной чувствительности антибактериальные препараты: **первого ряда**
22. Основным отличием является: **выраженным казеозно-некротический компонент туберкулезного воспаления и т.д**
23. Дифференциальная диагностика с : **крупозной пневмонией**
24. 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.

Рекция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 23 мм, диаскинтест - отрицательный.

13. Лабораторные: **ОАК, микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивые микобактерии**
14. Инструментальные: **обзорная рентгенография органов грудной клетки**
15. Рентген при туберкулезе: **наличие в окружающей легочной ткани полиморфных очагов и признаков фиброза**
16. Результаты предполагают: **туберкулезу легкого**
17. Диагноз: **туберкулема S-2 правого легкого, фаза распада, мбт (-)**
18. Достоверным методом диагностики туберкулеза является: **бронхологическое исследование с катетеризацией и взятием биоптата**
19. При туберкулезе прогрессирование туберкулезного процесса связано с : **размножением микобактерий туберкулеза**
20. Туберкулема может формироваться во всех случаях кроме: **рубцевания каверны**
21. В лечении туберкулеза, имеющей склонность к прогрессированию и резистентность к химиотерапии: **хирургическое лечение**
22. Туберкулема чаще локализуется в сегментах: **1,2,6**
23. Дифференциальную диагностику с : **периферическим раком, гамартохондромой, неспецифической пневмонией**
24. 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 *rpoB*. Определена устойчивость к рифампицину.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 12 мм, диаскинтест - папула 8 мм

13. 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

14. Инструментальные в условиях противотуберкулезного учреждения: компьютерная томография органов грудной полости, фибробронхоскопия

15. Диагноз туберкулеза является верифицированным по результатам бактериологического исследования

16. Диагноз: инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада и обсеменения, МЛУ МБТ (+), сахарный диабет II типа

17. Перед назначением лечения культуральное исследование проводится: **двукратно**

18. Аускультация: **везикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы**

19. При выявлении лекарственной устойчивости к рифампицину назначим: **IV стандартный**

20. Кратность бактериологического исследования: **1 раз в месяц**

21. Пациент подлежит лечению в: **круглосуточном стационаре**

22. Длительность интенсивной фазы химиотерапии не менее: **8**

23. Через 1 месяц лечения: **Km Lfx Z Trd PAS Pro**

24. В особых ситуациях лечение требует тщательного контроля за углеводным обменом при назначении: **протионамида**

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.

13. 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**

14. Инструментальные в условиях противотуберкулезного учреждения: компьютерная томография органов грудной полости, обзорная рентгенография

15. Результат кожного теста у пациента оценивают как: положительный

16. По данным клинико-рентгенологического исследования: инфильтративный туберкулёз

17. Респираторная симптоматика подозрительная на туберкулёз включает: **длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке**
18. Диагноз: **инфильтративный туберкулёз верхней доли левого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье**
19. Осложнение: **кровохарканье**
20. Аускультация: **везикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузвчатые хрипы**
21. Пациент госпитализирован, режим химиотерапии: **I**
22. Данный пациент будет находиться на учете по группе диспансерного наблюдения: **I**
23. На втором месяце лечения получен результат, необходим перевод на режим: **IV**
24. 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».

13. Лабораторные: **ОАМ, исследование мочи на альбуминурию (АУ) в разовой моче, исследование уровня креатинина сыворотки, исследование липидного профиля**
14. Для выявления бессимптомного поражения: **определение лодыжечно-плечевого индекса**
15. Клинический диагноз: **II, 2, высокий**
16. Целевой уровень меньше: **130/80**
17. К модифицируемым факторам: **курение и абдоминальное ожирение**
18. Антигипертензивными препаратами первой линии: **ингибиторы РААС**
19. При недостаточной эффективности ингибиторов РААС добавить: **тиазидный диуретик**
20. Регулярном профилактических помещений: **2**
21. Противопоказанием для назначения ингибиторов АПФ: **ангионевротический отёк**
22. Назначение антигипертензивной терапии показано при: **АГ 2 или 3 степени**
23. Противопоказанием для тиазидных диуретиков: **подагра**
24. Абсолютным противопоказанием для иАПФ и БРА: **двусторонний стеноз почечных артерий**

Ситуационная задача 334

Ситуация

Пациентка С. 20 лет обратилась в приёмное отделение стационара к терапевту.

Жалобы

На повышение температуры до 38,7°C, 0 ознобом, 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: неотягощена. 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. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

13.План обследования

Общий анализ крови. С-реактивный белок. Биохимический анализ крови.

14.Инструменты

Рентген ОГК.

15.ДЗ

Внебольничная пневмония

16.Об отсутствии ДН можно говорить на основании

Результата пульсоксиметрии

17.А/б терапия данной пациентке должна быть назначена не позднее 8 часов

18.Для оценки прогноза шкала

CURB/CRB-65

19.Возбудитель

S. pneumoniae

20.Путь введения а/б

пероральный

21.Препаратом выбора

амоксциллин

22.Оценку эффективности через

48-72 часа

23. Продолжительность а/б терапии определяется

Критериями достаточности

24. Объективным показанием для назначения жаропонижающих, лихорадка выше

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 27,9кг/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 V межреберье по переднее-подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю III 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 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

13. Лаб исследования

Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови.

Натрийуретические пептиды. Гликозилированный гемоглобин.

14. Инструменты

ЭКГ в 12 отведениях. Трансторакальной ЭхоКГ. Рентген ОГК.

15. Стадия ХБП

C5

16. ФК

ИБ; 3

17. Целевой уровень систолического АД

≥120 и <130

18. Препараты из группы

Антагонистов минералокортикоидных рецепторов

19. Уменьшить дозу ИАПФ на ____ %

75

20. Для купирования отеочного синдрома

Петлевые диуретики

21. Для коррекции анемии

Назначение стимуляторов эритропоэза

22. Гипогликемическая терапия

Инсулина

23. К препаратам, влияющим на прогноз ХСН

иАПФ

24. Для ХСН не характерна

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 — третье 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.

- 13.ОАК. Биохимия с печеночными ферментами, креатинина, мочевины, электролитов, глюкозы крови, липидного профиля. Определение уровня натрийуретического пептида.
- 14.ЭКГ. ЭхоКГ. Стресс-ЭхоКГ. Рентген ОГК
- 15.Пб; 4
- 16.Теста 6-минутной ходьбы
- 17.Антикоагулянты
- 18.Иапф
- 19.Петлевые диуретики
- 20.Имплантация кардиовертера-дефибрилятора
- 21.Бисопролол + дигоксин
- 22.1 стадия 1 ФК
- 23.Трансплантацию Сердца
- 24.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, инсулинозависимый, 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 V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю III 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 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

13. Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови.

Натрийуретический пептиды. Гликозилированный гемоглобин

14. ЭКГ в 12 отведениях. Трансторакальная ЭхоКГ. Рентген ОГК

15. Острого или хронического повреждения почек

16. Хроническая сердечная недостаточность

17. Низкой

18. Проведение диализной терапии

- 19.АГ и ИБС
- 20.Бисопрололу
- 21.Эплеренон
- 22.Креатинина
- 23.Блокаторов РААС
- 24.2000

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 (+)

- капрограмма (+)

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 (темно коричневый), уменьшение количества, выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

. В детстве нечасто болел ОРВИ. В возрасте 12 лет — аппендэктомия. - Работает на стройке, разнорабочим.
- В армии служил.
- Наследственность неотягощена.
- Аллергоанамнез неотягощен.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Постоянно лекарственные препараты не принимает.

2. 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 медленный 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 не отягощен. 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 38,50С.

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

2. 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 виде аллергического ринита

1. Пациент поступил в стационар с предварительным диагнозом: обострение БА. На момент поступления степень тяжести обострения следует классифицировать 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 соответствии с эффектом терапии**

5. Обострения средней степени тяжести требуют назначения короткодействующих В2агониста

- **6-10; 1-2**

6. После 6-х доз ДАИ «Сальбутамол» 100 мкг наступило некоторое улучшение, однако уже через 2 часа пациент вновь отметил усиление одышки и нарастание чувства «заложенности» в грудной клетке. В связи с этим тактика ведения пациента должна заключаться в

- **назначении системных ГКС**

7. Предпочтительным способом доставки системных ГКС в данном случае будет являться

- **пероральный**

8. Продолжительность курса системных ГКС должна составлять _____ дней

- **5-7 дней**

9. В качестве базисной терапии пациенту в дальнейшем показано применение

- **низких доз ИГКС+БДБА по потребности**

10. Пациента следует предупредить: если не полоскать рот и горло каждый раз....

-Осиплость голоса

11. Аллергенспецифическая терапия может быть назначена

-аллергологом-иммунологом

12. Повышение фракции оксида азота во выдыхаемом воздухе (FENO) свидетельствует о/об

- аллергическим характере воспаление в бронхах

Задача 344

Пациент Х., 66 лет, обратился на прием к врачу-терапевту.

Жалобы

На одышку при физической нагрузке, кашель со слизисто-гнойной мокротой, сонливость днём, бессонницу ночью. В последние 5 дней также отмечает повышенную потливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры тела до 37,4°C.

Анамнез **заболевания**

- хронические заболевания отрицает - курил с 16 до 50 лет по пачке в день, после появления кашля старался ограничивать количество сигарет, на данный момент курит около 10 сигарет в день
- профессиональные вредности отрицает, работал инженером, сейчас на пенсии
- аллергические реакции: поллиноз, антибиотики пенициллинового ряда - сыпь (крапивница - отец умер в 70 лет, со слов больного имел какие-то проблемы с легкими

2. Для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей целесообразно выполнить

- спирометрию

2. Оценка тяжести пациентов при ХОБЛ должна определяться

-на основании классификации ХОБЛ согласно GOLD

3. У данного пациента имеется

-хроническая обструктивная болезнь легких

4. Как в проксимальных, так и в дистальных отделах дыхательных путей для ХОБЛ характерно повышение

- Нейтрофилов

5. Измерение концентрации α1-антитрипсина данному пациенту

- Показано в связи с наличием эмфиземы преимущественно в базальных отделах легких

6. По результатам осмотра по шкале mMRS — 3 балла, CAT- тест — 12 баллов. Пациент отмечает, что состояние ухудшается 1 раз в год. В соответствии с классификацией GOLD (2011г.) пациент относится к группе

- В (низкий риск обострений, симптомы выражены)

7. Из антибактериальных препаратов пациенту следует рекомендовать

- макролиды

8. Преимуществом бета-2-агонистов по сравнению с антихолинергическими препаратами при лечении

обострения ХОБЛ является

- Более быстрое развитие эффекта

9. После установления у 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.

2. 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 мембранопролиферативного гломерулонефрита в отличие от постстрептококкового характерно/характерна

- Более длительная гипокплементная

5. Показанием к госпитализации при постстрептококковом гломерулонефрите является

- Нарушение функции почек, сохраняющаяся АГ, признаки сердечной недостаточности, нефротический синдром

6. В течение заболевания титр у АСЛ-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 у 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 эпигастральной 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)

ЭГДС,

рентген органов брюшной полости,

узи органов брюшной полости,

анализ кала на скрытую кровь.

2. В связи с тем, что пациенту проводится ЭГДС, методом первичной диагностики

Быстрый уреазный тест

3. Наиболее вероятным диагнозом следует сформулировать как

Симптоматические язвы желудка

4. Основной причиной поражения желудка у пациента является

Длительный приём НПВП

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 протонной помпы

8. Длительность лечения ИПП

4-6 недель

9. Пациенту следует исключить из питания

Крепкие мясные бульоны

10. Одним из признаков малигнизации язвы желудка

Утрата периодичности, сезонности обострений

11. Симптомами начала перфорации язвы является

Внезапная «кинжальная» боль, вынужденное положение

12. Пациентам с лабораторно и эндоскопически подтвержденным язвенным кровотечением
в/в эзомепразол

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 ЭГДС

3. Предполагаемым основным диагнозом является:

В12 дефицитная анемия

4. Клиническим(- и) проявлением (-ями) фуникулярного миелоза у данной пациентки 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 цианкобаламином 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 В12 анемии обнаружение 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 необходимо включить (выберите 4)

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. В качестве этиотропной эмпирической терапии внебольничной пневмонии пациенту показано назначение

Ампициллин

6. Эффективность проводимой больному антибактериальной терапии следует оценивать через (в часах)

48-72

7. При неэффективности стартовой антибиотикотерапии пациенту показано назначение

Левифлоксацин

8. При эффективности антибактериальной терапии продолжительность лечения пациента должна

Определяться индивидуально

9. Показанием для отмены антибиотикотерапии у пациента будет являться стойкое снижение температуры тела < _ °C в течение не менее 48 часов

37,2

10. При улучшении состояния пациента противопоказанием для отмены антибактериальной терапии будет наличие

Лейкоцитоза 12х10

11. Показанием к проведению стандартной оксигенотерапии является SpO₂ от **90%**

12. При тяжёлом течении внебольничной пневмонии и развитии септического шока в случае назначения глюкокортикостероидов предпочтение следует отдавать

Гидрокортизону

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 необходимо включить (выберите 4)

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. В качестве этиотропной эмпирической терапии внебольничной пневмонии пациенту показано назначение

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 оксигенотерапии является SpO_2 от

90%

12. При тяжёлом 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 3)

Рентген ОГК,

УЗИ ОБП,

ЭГДС

3. На основании проведенного обследования пациентке может быть поставлен диагноз:

Железодефицитная анемия

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 введения... риск развития

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 _ недели от начала лечения

2,5-3

11. Улучшение самочувствия на фоне терапии может наступать уже на

5-6 сутки

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 у обследования пациента должны включать проведение (выберите 3)

Рентген ОГК,

ЭКГ

3. Принимая во внимание клиническую картину заболевания, подозрительную на наличие пневмонии и отсутствие очевидной очаговой инфильтрации при рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, в план обследования пациента необходимо включить проведение

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. Степень тяжести течения у пневмонии у данного пациента следует оценивать в соответствии со шкалой

CRB-65

8. В соответствии со шкалой у СКВ-бб тяжесть состояния пациента может быть оценена в _ балл (балла)

1

9. Учитывая неэффективность у предварительной антибактериальной терапии амоксицилавом, и возможностью наличия атипичного возбудителя внебольничной пневмонии пациенту показано назначение антибактериального препарата

Левифлоксацин

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 (выберите 3)

Мскт органов грудной полости,

экг

3. Предположительным диагнозом является

Вб левосторонняя нижнедолевая пневмония

4. Для оценки тяжести течения пневмонии следует использовать шкалы

Port, CRB - 65

5. Учитывая анамнез заболевания, пациентке в качестве а/б терапии

цефтриаксон

6. У пациентки 1 балл по шкале

CRB-66, что соответствует степени

тяжести пневмонии

Средней

7. При принятии решения о переводе на пероральный приём антибактериальных препаратов целесообразно использовать критерии, одним из которых является

Частота дыхания <24/мин (пороговое значение)

8. При решении вопроса об отмене антибактериальной терапии рекомендуется руководствоваться критериями достаточности антибактериальной терапии, одним из которых является стойкое снижение температуры тела <37,2°C в течение не менее часов

48

9. При проведении респираторной поддержки рекомендуется поддерживать SpO2 на уровне не менее

92%

10. Кортикостероиды

Не показаны, поскольку пневмония не тяжелая и не осложнена септическим шоком

11. Назначение парентеральных антикоагулянтов

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)

Ситуация

Пациент в возрасте 55 лет обратился к врачу-терапевту

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 3-х 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. Несколько раз в год отмечает обострения заболевания. Указанные жалобы беспокоят в течение последнего месяца.

Жалобы

-одышку при физической нагрузке (ходьба около 100 м по ровной поверхности)

-кашель с мокротой белесоватого цвета

-эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание

-чувство дискомфорта в груди при дыхании

1.Лабораторным исследованием является

-общий анализ крови

2.Инструментальными методами являются

-спирометрия

-рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции

3. Наиболее верным ДЗ является ХОБЛ, с _____ симптомами, _____ риск обострения. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН1

-Выраженными, высокий

4. Диф диагностику с

-бронхиальной астмой, бронхоэктазами, туберкулезом, облитерирующим бронхолитом

5. Индекс курения пациента составляет ____ пачка/лет

-30

6. Кроме бронхолитической терапии, назначить

-N-ацетилцистеин, карбоцистеин

7. Длительно действующими антихолинергиками для лечения ХОБЛ являются

-тиотропия бромид, гликопиррония бромид

8. Основной рекомендацией по нефармакологическому лечению

-отказ от курения

9. Короткодействующими ингаляционными бронходилататорами являются

-Сальбутамол, фенотерол

10. Пациент 2 месяца назад был привит от гриппа, также показана вакцинация против

-пневмококковой инфекции

11. В динамике, после обострения ХОБЛ, спирометрия показана через

-3 месяца

12. Кратность посещения врача пульмонолога

-1 раз в год

Ситуационная задача 301

Пациентка К. 54 лет на осмотре у врача – гастроэнтеролога.

Жалобы

- На постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи, с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающих 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

- Росла и развивалась нормально;
- Замужем, имеет двоих здоровых детей;
- Работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- Курит по 20 сигарет в день в течение 30 дней, злоупотребление алкоголем отрицает.
- В анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- Не переносимость лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

13. У больной наиболее вероятным диагнозом является

Хронический билиарнозависимый панкреатит

14. Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром

Внешнесекреторной панкреатической недостаточности

15. В течение последнего месяца заболевания у больной развился синдром

Эндокринной панкреатической недостаточности

16. Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является

Мультиспиральная компьютерная томография

17. Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение:

Гликозилированного гемоглобина HbA1c

18. Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

Фекальной эластазы (ФЭ-1)

19. О тяжелой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 в кале равной _____ мкг/г

0-100

20. Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение

Ферментных препаратов

21. Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета

25-40 тыс.ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс.ед. в промежуточный прием

22. При развитии панкреатогенного сахарного диабета (тип IIIc) лечение, в большинстве случаев, должно проводиться
Инсулином
23. Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является
Парацетамол
24. У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения
Остеопороза

Ситуационная задача 302

Пациентка С. 54 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

. на ноющие боли в эпигастральной области на голодный желудок, боли стихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды;

- ° ночные боли;
- ° чувство тяжести после еды;
- ° метеоризм;
- ° общую слабость.

Анамнез заболевания

Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции отрицает.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей — 1, роды — 1. Наследственность: у отца язвенная болезнь.

1. Для постановки полного диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются (выберите 2)

Общий анализ крови

Анализ кала на скрытую кровь

2. Необходимым инструментальным методом обследования для постановки правильного диагноза является

Эзофагогастродуоденоскопия

3. Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии неполного рубцевания. Эрозивный гастрит, ассоциированный с *H.pylori*

4. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки к типичным относят боли

«голодные», возникающие через 1,5-2 часа после еды

5. Золотым стандартом в диагностике *H.pylori* является

¹³C уреазный дыхательный тест

6. Серологический метод выявления антител *H.pylori* используется только при

Первичной диагностике инфекции *H.pylori* и определении антител, относящихся к классу IgG

7. Средством базисной терапии обострений язвенной болезни являются

Ингибиторы протонной помпы

8. Среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют

Рабепразол и пантопразол

9. Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию
Ингибиторы протонной помпы, кларитромицина, амоксицилина

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

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

12. Кратность ежегодного посещения врача- гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения

больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет _ раз/ раза
1

Ситуационная задача 303

Пациентка Б. 56 лет на осмотре врача — гастроэнтеролога.

Жалобы

- на боли в эпигастральной области, ноющего характера, без четкой связи с приемом пищи, жжение в эпигастрии после еды;
- редко изжогу, кислый привкус во рту;
- слабость, повышенную утомляемость

Анамнез заболевания

- ° росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. Имеет высшее образование, по профессии экономист. С профессиональными вредностями контакта не имела;
- ° наследственность: мать страдает хроническим панкреатитом, ЖКБ;
- ° не курит, употребление алкоголя отрицает;
- аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено;
- ° питается регулярно, аппетит сохранен.

1. Необходимым методом исследования для постановки правильного диагноза является
Эзофагогастродуоденоскопия

2. Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

Эрозивный гастрит, ассоциированный с приемом НПВС (диклофенак)

3. Для лечения и профилактики НПВП- гастропатии наиболее эффективны
Ингибиторы протонной помпы (ИПП)

4. Антисекреторным препаратом — ингибитором протонной помпы является
Эзомепразол

5. Среди ингибиторов протонной помпы (ИПП) самое низкое сродство с цитохромом P450 проявляют
Рабепразол и пантопразол

6. Повысить эффективность лечения НПВП-гастропатии позволяет прием
Ингибитора протонной помпы (ИПП) и висмута трикалия дицитрата

7. Перед длительным назначением НПВП рекомендуется

Обследование больных на *H. pylori*

8. При высоком риске развития НПВП-гастропатии следует отдавать предпочтение

Селективным ЦОГ-2 НПВП в сочетании с ИПП

9. К селективным ЦОГ-2 относят

Целекоксиб

10. Риск осложнений при НПВП-гастропатии повышается при

Антикоагулянтов или кортикостероидов

11. Риск развития НПВП-гастропатии меньше при лечении

Ибупрофеном

12. Основным отличием симптоматических язв от язвенной болезни является

Отсутствие хронического рецидивирующего течения

Ситуационная задача 304

Ситуация

Больная З., 44 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодический приступообразный практически сухой кашель (отхождение мокроты скудное); на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный

анамнез: у матери — бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез, со слов, не отягощен.

1. Первым этапом диагностики будет выполнение (выберите 3)

ЭГДС

Рентгенологическое исследование легких
спирометрия

2. Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий целесообразно выполнить (выберите 2)

Определение уровня эозинофилов в мокроте
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. Какой диагноз можно у поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии. Хронический *Helicobacter pylori*—ассоциированный гастрит в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва пилорического отдела желудка диаметром 6 мм)

6. Приоритетным будет у назначение следующей схемы лечения

Тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

7. При неэффективности у лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует

Подтвердить наличие гастроэзофагеального рефлюкса с помощью объективного метода исследования - 24-часовой рН-импедансометрии

8. Для лечения крапивницы в данной ситуации следует назначить

цетиризин

9. При сохранении симптомов ч крапивницы через 2 недели необходимо увеличить дозу принимаемого антигистаминного препарата в раза

4

10. При неэффективности у применения антигистаминного препарата в 4-х кратной дозе рекомендовано к терапии добавить

Циклоспорин А

11. В дальнейшем для у эрадикационной терапии пациентке следует назначить

Ингибитора протонного насоса + висмута трикалия дицитрата _ тетрациклина+ метронидазола

12. При язвенной болезни у беременных назначают

Невсасывающиеся антациды и адсорбенты

Ситуационная задача 305

Ситуация

Больной Д., 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.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный

анамнез: у отца в возрасте 53 лет - инфаркт миокарда, у матери — хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

1. Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются (выберите 3)

Клинический анализ крови

Анализ кала на скрытую кровь

Липидный профиль сыворотки крови

2. Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение (выберите 4)

ЭГДС

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Эхо-КГ

Пробы с физ.нагрузкой

3. Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо

Исследование на наличие инфекции *H.pylori*

4. Укажите причину неприятных ощущений за грудиной у данного пациента

ГЭРБ

5. Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинических данных и

инструментальных методов обследования?

Основное заболевание: ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии; хронический *Helicobacter pylori*— 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 схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + прокинетики в стандартной дозе

7. К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

итоприд

8. В России схемой первой линии эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является схема

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки)+кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сут)+ амоксициллин (по 1000 мг 2 р в сут)

9. Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет

4-6 недель

10. Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации *H. pylori* рекомендовано применять

Определение антигена *H.pylori* в кале

11. Методом, позволяющим верифицировать диагноз ГЭРБ является

Внутрипищеводная суточная рН-метрия

12. Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ будет

Повторные кровотечения

Ситуационная задача 306

Ситуация

Больная З., 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

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен.

1. Выберите необходимые методы инструментального исследования (выберите 3)

Рентгенологическое исследование легких

Спирометрия

ЭГДС

2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить пациентке для верификации клинического диагноза (выберите 3)

бронхоконстрикторные тесты

исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

определить уровень эозинофилов в мокроте

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

Пищеводную манометрию высокого разрешения

4. Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является

микроаспирация

5. Выставьте клинический диагноз пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования

Основное заболевание: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, эрозивный эзофагит

6. Лечение необходимое данному пациенту включаетназначение

Прокинетики в стандартной дозе+ингибитор протонной помпы в стандартной дозе

7. К стимуляторам моторики у желудочно-кишечного тракта относится

итоприд

8. Учитывая результаты ЭГДС у пациентке назначен рабепразол в дозе мг в день

20

9. Продолжительность основного курса ИПП с учетом результата ЭГДС составит недель(-и)

4

10. При заживлении эрозии пищевода поддерживающая терапия ИПП должна составлять минимум

недель(-и)

16

11. В качестве монотерапии антациды можно применять при

Редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

12. Препаратами выбора для лечения изжоги беременных являются

Альгинаты

Ситуационная задача 307

Больная З., 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

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен

Анамнез жизни

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,60С. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - 22.31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична,

безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин.

При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии — границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Выберите необходимые методы инструментального исследования (выберите 3)

- Рентгенологическое исследование легких
- Спирометрия
- ЭГДС

2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить пациентке для верификации клинического диагноза (выберите 3)

- Бронхоконстрикторные тесты
- Исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- Определить уровень эозинофилов в мокроте

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

- Пищеводную манометрию высокого разрешения

4. Выставьте клинический диагноз пациентке на основании результатов клинικο-лабораторных и инструментальных методов обследования

- Основное заболевание: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, эрозивный эзофагит

5. Из немедикаментозных методов лечения пациентке следует рекомендовать

- Исключение нагрузки, повышающей внутрибрюшное давление

6. Лечение необходимое данному пациенту включает назначение

- Прокинетики в стандартной дозе + ингибитора протонной помпы в стандартной дозе

7. В качестве прокинетики пациентке назначен _____ в дозе 50 мг 3р/д

- Итоприда гидрохлорид

8. Учитывая результаты ЭГДС пациентке назначен омепразол в дозе ____ мг 2 раза в день

- 20

9. Продолжительность основного курса ИПП с учетом результата ЭГДС составит ____ недель (-и)

- 4

10. При заживлении эрозии пищевода поддерживающая терапия ИПП должна составлять минимум ____ недель (-и)

- 16-24

11. При назначении ИПП на длит. срок необходимо учитывать возможность развития Бактериального избыточного роста

12. ИПП с модифицированным высвобождением активного в-ва

- декслансопразол

Ситуационная задача 308

Больная Ж., 73 лет, обратилась в поликлинику

Жалобы

- на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках,
- сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина,
- перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
- Работала директором фабрики до 65 лет
- Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец ХОБЛ.

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

Клинический анализ крови

Биохимический анализ крови

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

ЭКГ в 12 отведениях

Эхо-КГ

15. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больной может быть установлен диагноз

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий, перманентная форма. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. ХСН I ст., III ФК NYHA. Ожирение 2 ст.

16. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

Короткодействующие нитраты

17. При лечении пациентов со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС ____ в минуту

55-60

18. Учитывая, что у пациентки III ФК стенокардии рекомендовано назначить комбинацию бета-адреноблок с

Дигидропирид блокатором «медленных» кальциевых каналов

19. Терапия ИБС, страдающей гипертонической болезнью, и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами и бета-адреноблокаторами и статинами должна включать

Ингибиторы АПФ

20. Целевые значения ЛПНП у данной больной

Менее 1,4 ммоль/л

21. При недостижении целевых уровней холестерина ... следует добавить

Эзетимиб

22. Для профилактики тромбоэмболических осложнений

Оральных антикоагулянтов

23. С целью определения достижения целевых показателей гликемического контроля ... определить уровень

HbA1c

24. При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение

Чрезкожного коронарного вмешательства

Ситуационная задача 309

Больной Д. 45 лет, бухгалтер. Обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На боли в области эпигастрии жгучего характера, появляющиеся через 1—2 часа после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

- курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь употребляет 0,5 пива в выходные дни.

. профессиональных вредностей не имеет

- аллергических реакций не было

. мать здорова, у отца — рак желудка.

Анамнез жизни

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев. Сначала появилась боль, возникающая через 1—2 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Так же сообщает о том, что 4 месяца назад впервые начали беспокоить боли в коленных суставах, усиливающиеся при движении, самостоятельно начал принимать кетопрофен форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время. Курит, употребляет алкоголь.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 31 мин. Тоны сердца

ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

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

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови

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

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)
- Рентгенография пищевода и желудка

3.У данного пациента можно предположить наличие

- Язвенной болезни желудка

4.У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

- Недостаточного веса

5.У данного пациента сопутствующим заболеванием является

- Остеоартрит

6.Для уменьшения проявлений симптомов и заживления язвы рекомендуется назначить

- Ингибиторы протонной помпы

7.Продолжительность лечения ингибиторами протонной помпы у данного пациента должно составлять не менее ____ (пороговое значение в неделях)

- 4-8

8.Пациентам следует избегать употребления

- Чеснока

9.Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо выполнить

- Биопсию язвы

10.Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

- Синдром «рикошета»

11.При язвенной болезни пациенту следует принимать пищу ____ раз в сутки

- 5-6

12.Данному пациенту вне обострения показано

- Санаторно-курортное лечение

Ситуационная задача 310

Больной 56 лет, электрик. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в области эпигастрия жгучего характера, появляющиеся через 1—2 часа после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

- курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь: употребляет 0,5 л пива в выходные дни.
- . профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было
- мать здорова, у отца — рак желудка.

Анамнез жизни

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев: сначала появилась боль, возникающая через 1—2 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (Альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Также сообщает, что 2 недели назад впервые начали беспокоить головные боли, самостоятельно начал принимать Кетопрофен Форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортенера отрицательные. Периферических отеков нет.

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

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови

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

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)
- Рентгенография пищевода и желудка

3.У данного пациента можно предположить наличие

- Язвенной болезни желудка

4.При обследовании данного пациента необходима верификация

- H.pylori

5.Для исследования кислотообразующей функции желудка целесообразно

- Суточной рН-метрии желудка

6.Для уменьшения проявлений симптомов и заживления язвы рекомендуется назначить

- Ингибиторы протонной помпы

7.Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее ____ (пороговое значение в неделях)

- 4-8

8.Данному пациенту следует рекомендовать

- Частое, дробное питание

9.Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо выполнить

- Биопсию язвы

10.Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

- Синдром «рикошета»

11. При верификации *H. pylori* у пациента с язвенной болезнью необходимо назначение трехкомпонентной эрадикационной терапии, включающей

- Ингибитор протонной помпы, кларитромицин и амоксициллин

12. Пациенту с язвенной болезнью желудка вне обострения показано

- Санаторно-курортное лечение

Ситуационная задача 311

Больной Н. 67 лет, водитель. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой.

Анамнез заболевания

- курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет
- . профессиональных вредностей не имеет
- аллергических реакций не было
- отец здоров, у матери — гипертоническая болезнь

Анамнез жизни

Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешностей в питании, при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю вне зависимости от качества пищи. В течение последнего месяца состояние ухудшилось: усилились боли, особенно по ночам, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Антациды (Альмагель, Маалокс), применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в течение последнего месяца перестали действовать. При боли за грудиной принимал нитроглицерин — без существенного эффекта.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ 24 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин. АД 110/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортенера отрицательны.

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

- Общий анализ крови
- Биохимический анализ крови

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

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)
- Рентгенография пищевода и желудка

3. У данного пациента можно предположить наличие

- Неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- 4. Наиболее типичной клинико-anamnestической характеристикой ГЭРБ у данного пациента является наличие**
- изжоги
- 5. Наиболее серьезным осложнением ГЭРБ является**
- пищевод Баррета
- 6. Для снижения влияния кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку пищевода при ГЭРБ рекомендуется назначение препаратов из группы**
- Ингибиторов протонной помпы
- 7. Для нормализации моторики пищевода необходимо назначить**
- Прокинетики
- 8. Для профилактики возникновения изжоги рекомендуется назначение**
- Ингибиторов протонной помпы
- 9. Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее ____ (пороговое значение в неделях)**
- 4-8
- 10. Пациентам следует избегать употребления**
- Томатов
- 11. В рамках модификации образа жизни пациенту необходимо**
- Бросить курить
- 12. Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является**
- Синдром «рикошета»

Ситуационная задача 312

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту

Жалобы

на периодические головные боли, «стук» в висках, неоднократно повышение АД до 165/100

Анамнез заболевания

Головные боли и стук в висках периодически появляются уже в течение 3 лет. АД стал измерять в последние 4 месяца, результатов ниже 130/90 не было

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются **КАК**

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

ЭКГ, ЭхоКГ

3. Основным диагнозом данного пациента предполагается

гипертоническая болезнь II стадии (в старом доке была I степень, так что по задаче смотрите), 2 степени риск 2

4. фактором предполагающим к развитию АГ является

избыточная масса тела, ожирение

5. В рамках диспансеризации оценивают факторы риска и поражение органов мишеней не реже, чем

1 раз в год

6. наиболее предпочтительным вариантам лечения является назначение комбинации

ИАПФ и АК

7. физическая активность, снижающая риск СС осложнений подразумевает

аэробная активность, 2:30 в неделю умерен интенсивности

8. Целевым уровне АД для данного больного является

120-130

9. антигипертензивными препаратами, которые могут вызвать приступообразный кашель являются

ИАПФ

10. наиболее предпочтительным диуретиком для данного больного является

индапамид

11. лодыжечный плечевой индекс определяется при

подозрении на периферический атеросклероз

12. добиться нормальных значений, АД при помощи модификации образа жизни возможно при артериальной гипертензии

1 степени с низким и средним риском

Ситуационная задача 313

Мужчина, 47 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На жгучие сдавливающие боли за грудиной, возникающие при активной ходьбе от дома до ближайшей станции метро (около 800 метров). Повышение АД до 160/100. После прекращения физической нагрузки боли быстро проходят.

Анамнез заболевания

пациент страдает ГБ 42-х лет, АД повышается до 160/100. боли за грудиной стал отмечать уже около полугода

1.Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

Липидный спектр

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

ЭКГ в покое в 12 отведениях

3. Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

Стенокардия напряжения

В старом доке: ИБС. Стенокардия напряжения 2ФК. ГБ 1 стадии 2 степени риск 3

4. Стенокардия напряжения ... соответствует функц классу

I

5. Фактором, модифицирующим предтестовую вероятность ИБС ...

Курение

6. Для устранения симптомов стенокардии ...

бисопролола

7. В качестве ингибитора агрегации тромбоцитов ..

Ацетилсалициловой кислоты

8. На фоне начала терапии ацетил.кислотой в дозе 75 развилась клин картина бронхообстр. синдрома

клопидогрел

9. По результатам проведенного обследования коррекция дислипидемии предусматривает достижения уровня

Холестерина лпнп менее 1,4 ммоль/л

10. Через 2 месяца терапии аторвастатином в дозе 80 уровень лпнп 2,6 ...

эзетимиба

11. Характерным для микрососудистой стенокард является

Плохой ответ на органические нитраты

12. Отрицат результат нагруз экг-теста у пациента с подозрением на ибс

Снижает вероятность ИБС

Ситуационная задача 314

Мужчина 48 лет обратился в врачу общей практики

Жалобы

На чувство нехватки воздуха при выполнении физ нагрузки средней интенсивности (подъем на 4 этаж, быстрая ходьба) на кашель с умеренным количеством отделяемой мокроты сонливость в дневное время

Анамнез заболевания

Постоянный кашель с отделением небольшого количества мокроты серого цвета преимущественно по утрам беспокоит 15 лет. впервые начал замечать одышку при физической нагрузке около года назад, кроме это начать быструю утомляемость и сонливость умные часы. настоящее ухудшение заболевания около месяца назад, после перенесённой вирусной инфекции отмечает усиление одышки, кашля, Увеличение количества отделяемой мокроты, которая стала жёлто-зелёного цвета.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить

общий анализ крови

2. Для постановки диагноза необходимо выполнить
(выберите 2)

- **спирометрию**
- **рентгенографию органов грудной**

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

ХОБЛ обострение ср тяж

4. Для выяснения причины дневной сонливости пациента рекомендуется проведение

Ночной оксиметрии с послед уточнением диагноза с пом полисомнографии

5. Для купирования симптомов обострения ХОБЛ рекомендуется

Бронхолитики и системные ГКС

6. Помимо бронхолитической терапии необходимо назначить

Муколитик

7. Нефармакологическая терапия у данного пациента включает

Отказ от курения

8. Показанием для назначения АБТ у данного пациента является

Усиление одышки, увеличение количества и гнойности мокроты

9. наиболее вероятным возбудителем обострения

Haemophilus inf

10. К необратимым компонентам экспираторного ограничения воздушного потока относят

Потерю эластичной тяги лёгких вследствие альвеолярной деструкции

11. контроль эффективности впервые назначенного лечения ... через

1,3,12 мес

12. Интегральная оценка тяжести пациентов страдающих ХОБЛ ... выраженность клинических симптомов ...

mMRC

Ситуационная задача 315

Женщина, 39 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

Эпизоды одышки, которые могут возникнуть при повседневных физических нагрузках (медленной ходьбе, подъеме на 1 этаж), в т.ч. ночью, при эмоциональных нагрузках.

Сопровождаются интенсивным, приступообразным кашлем с легко отделяемой слизистой мокротой в течение всего дня, но преимущественно утром, без запаха и примеси крови.

Периодически возникают свистящие хрипы.

Анамнез заболевания

Впервые вышеперечисленные жалобы появились 2 года назад во время отдыха в санатории в Краснодарском крае, по возвращению домой симптомы исчезли, беспокоил только сухой кашель с трудноотделяемой мокротой. не обследовалась, лечение не получала. настоящее ухудшение заболевания 1 месяц назад, после перенесённого простудного заболевания.

3. Для постановки диагноза необходимо выполнить (3)

ОАК с формулой

Цитологический анализ крови

Спец IgE к эпителию кошки в сыворотке крови

4. Для постановки диагноза необходимо выполнить

Спирометрию с бронходил тестом

Пульсоксиметрию

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Аллергическая бронхиальная астма, ср ст тяж, персистирующая, неконтролируемая.

Сенсибилизация к эпидермальным (шерсть кошки) аллергенам

4. Мониторинг пиковой скорости выдоха служит для определения

Уровня контроля симптомов БА

5. В качестве базисной терапии данной пациентке необходимо назначить

Низкие дозы ИГКС и длительно действующих бета-агонистов

6. Снижение объема терапии (переход на степень вниз) показана при достижении и сохранении стабильного контроля пороговое значение

3-х месяцев

7. Для оценки контроля БА рекомендуется использовать вопросник

АСQ-5 и тест по контролю над астмой (ACT)

8. Пациентам при обострении БА рекомендуется проводить

Рентгенография ОГК в прямой проекции

9. Показаниям к назначению тиазидов бромидом больным с БА являются

Наличия хоть одного обострения, потребовавшего госпитализации

10. Пациенту необходимо рекомендовать

Снизить массу тела, ограничить контакт с аллергенами

11. Пациентам с БА ср и тяж ст тяж рекомендуется проводить вакцинацию

Против гриппа и пневмококка

12. Пациентке необходимо обратиться к врачу первичного звена в течении _____ после выписки

24 ч

Ситуационная задача 316

Женщина 55 лет на приеме у врача общей практики

Жалобы

На повышение артериального давления до 170 мм рт.ст., головные боли, общую слабость.

Анамнез заболевания

Впервые отметила повышение артериального давления 5 лет назад, после сильного психоэмоционального напряжения (стресс на работе). По

назначению врача принимала

антигипертензивные препараты.

Последние 3 месяца

антигипертензивную терапию не

получала (отменила самостоятельно).

Анамнез жизни

Работает бухгалтером на заводе, не

курит, алкоголь не употребляет. Отец

умер от инфаркта миокарда в 58 лет.

1. Пациенту следует рекомендовать (выберите 4)

- . анализ крови для оценки нарушения липидного обмена
- . общий анализ мочи с количественным определением альбумина
- , определение уровня калий и натрия в крови
- . анализ общий (клинический) крови

2. Инструмент. Методы

ЭКГ

Дуплексное сканирование брахиоцеф артерий

3. Всем пациентам ... рекомендовано определение

СКФ

4. Данной пациентке ... ДИАГНОЗ

Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени высокий риск ожирение 1 ст

5. данной пациентке... выраженности гипертрофии миокарда ...

ЭхоКГ

6. У пациентов с высоким СС риском рекомендовано

Исследование глазного дна

7. для выявления скрытой ишемии миокарда ...

ЭКГ-теста с нагрузкой

8. Для коррекции АД также может быть рек.

регулярные аэробные физ нагрузки

9. у данной пациентки целевым уровнем АД

менее 140/90

10. пациентку имеющему высокий СС риск рекомендуется

иАПФ + дигидропир антагонист кальция

11. у пациентов с СД для выявления скрытой арт гипертензии ... мониторингирования АД

12. Для выявления нарушений углеводного обмена у пациентов ... определение

Глюкозы венозной крови

Ситуационная задача 317

Мужчина 52 года на приеме у врача общей практики

ЖАЛОБЫ

На периодические головные боли, повышение артериального давления, общую слабость

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Впервые отметил головную боль 5 лет назад, после сильного психоэмоционального напряжения, которая купировалась самостоятельно через три дня

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Бухгалтер в крупной фирме

1. ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

Анализ крови для оценки нарушения лип обмена

ОАМс колич-ым определением альбумина

Анализ крови б/х

Анализ общий (клин) крови

2. ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ИНСТРУМЕНТЫ

ЭКГ

Дуплекс сканир брахиоцефальных артерий

3. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С АРТ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СС РИСКА РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

СКФ

4. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ НА ОСНОВАНИИ ... ДИАГНОЗ

Гиперт болезнь II стадии 2 степени высокий риск

5. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ...

ЭхоКГ

6. У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ СС РИСОМ РЕКОМЕНДОВАНО

Исследование глазного дна

7. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ АНТИГИПЕРТ ТЕРАПИИ ЗАКЛЮЧ В СНИЖЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ

Осложнений

8. НЕМЕДИК ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МЕСЯЦЕВ ВОЗМОЖНА ПРИ АГ

1 степени без поражения органов мишеней

9. У ДАННОГО ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ АД

Менее 140/90

10. ПАЦИЕНТУ ИМЕЮЩЕМУ ВЫСОКИЙ СС РИСК РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧАТЬ АНТИГИП ТЕР

иАПФ + тиазидный диуретик

11. У ПАЦИЕНТОВ С СД моложе 65 целевым Саd ...

130

12. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ УГЛ ОБМЕНА У ПАЦ С АГ

Глюкозы венозной крови

Ситуационная задача 318

Пациент 49 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

отмечается одышка в покое кашель с мокротой бледность и потливость кожных покровов.

Анамнез заболевания

около 12 часов назад пациент отметил повышение температуры тела до 39,2, острый кашель одышку при умеренной нагрузке выраженную слабость и потливость.

1. К необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

Общий анализ крови

общий анализ мокроты

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

Обзорная рентгенография органов грудной полости

электрокардиограммы в стандартных отведениях

3. У данного пациента предполагается

внебольничная пневмония нижней доли правого лёгкого

4. Шкала curb-65 включает повышение уровня азота мочевины более ...

7; 30

5. Антибиотиком выбора у данного пациента является

Ампициллин

6. Основным критерием эффективности антибиотикотерапии является

снижение температуры

7. Всем пациентам с внеБольничной пневмонии после начала лечения рекомендуется

Оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии спустя 2-3 суток

8. При тяжёлой пневмония септическим шоком возможно назначение

глюкокортикостероидов

9. В качестве симптоматической терапии Пациенту показаны

муколитики

10. Наиболее эффективными средствами вторичной профилактики пневмонии являются

пневмококковая и гриппозная вакцины

11. Всем амбулаторным пациентам с внебольничной пневмонией для оценки прогноза и выбора места лечения рекомендуется использовать шкалу

curb/crb-65

12. Шкала curb-65 включает анализ 5 признаков: нарушение сознания, тахипноэ более 30 в минуту, снижение систолического артериального давления менее 90 или диастолического менее 60, возраст пациента больше 65 лет и

Повышение уровня азота мочевины более 7 ммоль/л

Ситуационная задача 319

Пациентка Ф. 51 год обратилась к врачу общей практики

Жалобы

- На ежедневные приступы удушья 1-2 раза в сутки, в том числе ночные 2-3 раза в неделю, сопровождающиеся десантными сухими хрипами и чувством нехватки воздуха, малопродуктивный кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке (ходьба 200 метров)
- Эпизоды подъема ад до 150/90, головные боли в теменно-затылочной областях во время подъема ад, головокружения, шум в ушах
- общую слабость, снижение работоспособности

Анамнез заболевания

В течение 12 лет страдает бронхиальной астмой. обострения бывают 1-2 раза в год (орви, метеорологические условия). Купируют ингаляциями сальбутамола. базисную терапию не получает. примерно Один раз в год ложиться на стационарное лечение, после чего отмечает улучшение общего самочувствия, уменьшение заложенности в груди. Год назад Поставлен диагноз гипертоническая болезнь, постоянную антигипертензивное терапию не принимает. при повышении ад самостоятельно принимает одну таблетку эналаприла 10 мг. пациентка обратилась для подбора базисной терапии.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

Общий анализ крови

Общий анализ мокроты

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования является

спирометрия с бронходилатационным тестом

3. Предполагаемый основной диагноз, который можно поставить пациентке: бронхиальная астма смешанного генеза

персистирующая, средней степени тяжести, неконтролируемое течение

4. Пациентке повышение ад соответствует артериальной гипертензии ____ Степени

1

5. В качестве базисной терапии следует назначить

Низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующие бета-2 агонисты

6. Назначенная Базисная терапия соответствует ____ ступени терапии

3

7. Исследование газов артериальной крови рекомендуется при снижении сатурации крови менее %

92

8. Больной Рекомендуется снизить потребление соли до г / сутки

5

9. Для стартовой терапии пациентке рекомендуется выбрать

Монотерапию блокаторами рецепторов ангиотензина 2

10. Причины развития бронхоспазма у пациентки может быть применение

бета-адреноблокаторов

11. При назначении антигипертензивной терапии плановые визиты проводятся с интервалом в ____ до достижения целевого уровня артериального давления

3-4 недели

12. Одним из показаний для госпитализации пациента с бронхиальной астмой является

Более 8 ингаляций кдба за последние 24 часа

Ситуационная задача 320

Женщина 55 лет на приеме у врачу общей практики

Жалобы

На общую слабость, возникающую при повышении артериального давления до 150/100 мм рт ст

Анамнез заболевания

Отмечает повышение давления в течение года максимально до 170/100

13. Пациентке следует рекомендовать

Определение липидного спектра крови

ОАМ с определением наличия белка в суточной порции

БХ крови с определением креатинина, глюкозы электролитов

ОАК

14. Для уточнения степени компенсации гликемии необходимо определить уровень

Гликированного гемоглобина

15. У больных с АГ для оценки состояния почек также необходимо определять концентрацию в крови

Мочевой кислоты

16. Данной пациентке на основании результатов обследования можно поставить диагноз

ГБ 2 стадии 2 степени повышени АД очень высокий риск, СД 2 типа, декомпенсация

17. Для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение

ЭХОКГ

18. У пациентов с высоким СС риском рекомендовано

Исследование глазного дна

19. У данной пациентки незамедлительная медикаментозная терапия АГ обусловлена наличием

Второй степени повышения АД

20. Препаратами выбора для коррекции АГ у данной пациентки являются

ИАПФ+АК

21. У данной пациентки целевым уровнем АД является

120-130/70-80

22. Для коррекции АД целесообразно рекомендовать

Регулярные аэробные физ нагрузки

23. Врачебная комиссия продлевает листок ЛН через дней

15

24. Пациентка относится к группе состояния здоровья

3а

Ситуационная задача 321

Мужчина 47 лет на приеме у врача общей практики

Жалобы

На боли в эпигастрии возникающие через 3-4 часа после приема пищи, тошноту периодическую рвоту съеденной пищей

Анамнез заболевания

Впервые появления болей после приёма пищи отметил год назад. К врачу Не обращался, самостоятельно принимал Альмагель. последняя ухудшение состояния отметил в неделю назад

13. Пациенту следует рекомендовать

Эзофагогастродуоденоскопию с биопсией

Диагностику инфекции Н.пилори

Мониторирование внутрижелудочного рН

ОАК

14. Диагноз пациента звучит как

ЯБ: язва луковицы ДПК ассоциированная с Н.пилори

15. Оптимальной схемой эрадикационной терапии для данного пациента является

Стандартная тройная с кларитромицином

16. Схемой выбора при непереносимости пациентом препаратов группы пенициллина является

Классическая четырех компонентная на основе висмута

17. Обязательным компонентом схемы эрадикационной терапии помимо АБ является

ИПП

18. Для контроля эрадикации Н.пилори не может быть использован метод

Выявления антител к Н. пилори в крови

19. В случае если классическая эрадикационные схемы не эффективны терапия 3й линии основана на определении

Чувствительности Н.пилори к АБ

20. Право назначить 3 терапию с левофлоксацином имеет только

Гастроэнтеролог

21. Для профилактики рецидивирования ЯБ данному пациенту необходимо рекомендовать отказ от

Курения

22. Одним из показаний к хирургическому лечению ЯБ является

Перфорация язвы

23. После эпителизации язвенного дефекта Сан кур лечение можно рекомендовать через

2-3 мес

24. Врачебная комиссия продлевает листок ЛН через дней
15

Ситуационная задача 322

Пациент Н. 42 года, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На сильные боли в плюснефаланговых суставах 1-ых пальцев обеих стоп, левом голеностопном суставе, усиливающиеся в ранние утренние часы и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах.

1. Гиперурикемия у пациента будет диагностирована при уровне мочевой кислоты в сыворотке = __ мкмоль/л

360

2. «Золотым стандартом» в диагностике подагры является

Поляризационная микроскопия синовиальной жидкости или содержимого тофуса

3. При невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии всем пациентам показано проведение

УЗИ сустава

4. Проведение диагностической пункции сустава для подтверждения диагноза подагры показано

Всем пациентам на момент осмотра

5. На ранних этапах болезни не рекомендуется выполнение

Рентгенологического исследования суставов

6. Визуальным признаком подагрического поражения сустава при ультразвуковом исследовании является симптом

метели

7. Для купирования приступа острого подагрического артрита показано назначение препаратов

из группы НПВС

8. С учетом того, что у пациента в анамнезе язва луковицы 12-перстной кишки, для купирования острого приступа

колхицин

9. Для профилактики приступов артрита всем пациентам в течение первых месяцев после начала уратснижающей терапии необходимо использовать колхицин в суточной дозе мг

0,5

10. при дообследовании скф 84 В качестве препарата первой линии пациенту рекомендуется назначение

аллопуринола

11. Целевое значение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови на фоне

лечения не должно опускаться ниже ____ мкмоль/л

180

12. При наличии артериальной гипертензии у пациентов с подагрой показано назначении
Лозартана

Ситуационная задача 323

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 67 лет.

Жалобы

На периодическую сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание; слабость в ногах при подъёме по лестнице, боли в ногах в ночное время суток, снижение болевой и температурной чувствительности, онемение стоп.

1. Для диагностики сахарного диабета пациенту показано проведение исследования
(выберите 2)

Глюкозы плазмы натощак

Гликированного гемоглобина

2. Предполагаемый основной диагноз у пациента

СД 2 типа

3. Характер жалоб и данные осмотра нижних конечностей свидетельствуют о наличии у
пациента

диабетической сенсо-моторной нейропатии

4. Дополнительным методом обследования при неэффективности стандартной терапии
диабетической нейропатии в течение 6 мес является

электронейромиография

5. Сопутствующими заболеваниями у данного пациента являются

**ИБС. ПИКС. Состояние после стентирования ПКА, АГ 3 стадия, очень высокий риск СС
осложнений. Ожирение 1ст по ВОЗ**

6. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1C < ____ %
8

7. Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов для данного пациента
является

Метформин и агонист рецепторов ГПП- 1

8. Данному пациенту в связи с перенесённым инфарктом миокарда со стентированием 4 года
назад в качестве вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений показаны

Антиагреганты и статины

9. Повторный контроль HbA1C у после начала сахароснижающей терапии данному пациенту
необходим через

3 мес

10. У данного пациента у необходимо добиваться снижения уровня холестерина
липопротеинов низкой плотности менее

1,4 ммоль/л

11. Рекомендации по изменению образа жизни данному пациенту включают

**Отказ от курения, диету с ограничением калорийности, умеренную физ нагрузку не
менее 150 мин\неделю**

12. При наличии показаний для назначения бета- адреноблокаторов у больных СД предпочтение следует отдать

Небивололу

Ситуационная задача 324

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», «кларитин» во время обострений).
- . Перенесенные заболевания: пневмония двусторонняя (2 года назад), 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
- . компьютерная томография (КТ) легких

3. Учитывая данные клинико лабораторного обследования, можно думать о диагнозе
Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

4. При КТ-2 примерный объем выявленных изменений легких (визуально) составляет %
. 25-50

5. Для вирусной пневмонии ковид19 на КТ ОГК характерно наличие

- . уплотнения легочной ткани

Обоснование

6. Среднетяжелое течение новой коронавирусной инфекции характеризуется

. ЧДД более 22/мин, лихорадкой выше 38,5°C, пневмонией, SpO₂<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 являются

. фавипиравир и ремдесивир

10. Длительность приема фавипиравира составляет

. 10 дней

11. Противопоказанием к назначению фавипиравира является

. острая почечная недостаточность

12. Для профилактики новой корона. Инфекции рекомендуют

Соблюдение масочного режима

Ситуационная задача 325

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 жизни

- 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).

- 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 клиничко 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 позволяет выявить

. компьютерная томография

6. Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией целесообразно использовать

. Пульсоксиметрию

7. Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции уровень сатурации кислорода соответствует %

* <95

8. Тяжелое течение новой коронавирусной инфекции сопровождается развитием

. острого респираторного дистресс-синдрома

9. В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции назначают этиотропный препарат

. фавипиравир

10. Препаратом для Упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции является

. сарилумаб

11. Для профилактики новой коронавирусной инфекции рекомендуют
соблюдение масочного режима

12. Максимальный инкубационный период при новой коронавирусной инфекции составляет дней

14

Больной 7 лет, пенсионер, обратился в поликлинику

ЖАЛОБЫ на повышенную утомляемость, полиурию, головокружения и головные боли при подъемах артериального давления (АД)

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

С 50 лет страдает ожирением, СД 2 типа, принимает глюкофаж (метформин) 2000мг в сутки

ВОПРОСЫ

1. Выберите основные необход для постановки диагноза лабораторные мет-ды обслед
 - ОАМ
 - б/х
 - ОАК

2. Выберите необход для постановк дс инструм мет-ды
-УЗИшка
3. О развитии диабетич нефропат
- протеинурия без эритроцитурии.....
4. Болным СД 2 типа скрининг на выявл ДН, включ
-сразу при постановке дс,далее –ежегодно
5. У данного больногохроническая болезнь почек по уровню фильтрации...
-ХБП-С3а
6. При лечении СД выбор целевого уровня гликир.....
-возраста пациента, ожидаемой продолжть.....
7. Регулярная физическая активность при СД 2 типа способ..
-КОМПЕНСации углеводного обмена.....
8. Общие принципы ведения данного больного СД 2 типа включ
-Коррекцию веса, физ актив, отказ от кур....
9. Поаз к проведению биопсии....
-ОСТРОНЕФРИТИЧЕСКИЙ синдром
10. Применение метформина при СД
-С1-3
- 11.К немодифицируемым факторам
-Длительность диабета, генетические особенности
12. Оптимальными методами заместит почеч терап....
-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ диализ,гемодиализ, трансплантация пошки.....

Задача 68

Больной 62 лет русский обратился в поликлинику по месту жительства

жалобы на кашель с обильным отделением слизистой гнойный мокрота преимущественно в утренние часы редко кровохарканье одышка при умеренной физической нагрузки отёки лица, стоп, голеней, слабость быстро утомляемость

ВОПРОСЫ

1 Выберите основные необходимые....

- клинический анализ крови
- клинический анализ мочи
- биохимический анализ крови
- уровень С-реактивного

2. в качестве первоочередного инструментального метода...

- УЗИ почек и брюш пол
- биопсию слизистого и подслизистого....

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...

- Хроническими воспалительными заболеваниями

6. Сывороточным предшественником образования амилоидных...

- острофазовый белок SAA

7. Наиболее приемлемым....

- Сывороточный уровень С реакт белка

8. Общая тактика ведения данного больного...

- госпитализации в стационар

9. Целью терапии любого типа

- уменьшение количества белков-предшественников.

10. Основной стратегией лечения АА-амилоидоза у данного

- эффективная терапия бронхоэкт.....

11. Антиамилоидная терапия при вторичном.....

- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс

12. Для АА типа амилоидоза при ревматоидном артрите....

- сердца

12.12.2017г. участковый терапевт прибыл на вызов к пациенту 19-ти лет на 3-ий день болезни
Жалобы на головную боль, вялость, озноб, снижение аппетита, повышение температуры тела до

38, серозное отделяемое из носовых ходов, боль в горле

- 1) ПЦР, иммунофлуоресцентный метод мазков-отпечатков
- 2) парагрипп, средней степени тяжести
- 3) ларингит
- 4) Вторичная бактериальная
- 5) ложный круп
- 6) Госпитализация в инфекционное отделение
- 7) Симптоматическая
- 8) фенсеирида
- 9) Противокашль
- 10) При присоединении вторичной инфекции
- 11) Интерферон-альфа
- 12) 7 дней

Задача 83

23.10.2017г. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациенту 67 лет на 2-ой день болезни. Жалобы на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 40,1, озноб, головную боль в лобно-височных областях

- 1) ПЦР, выявление антигенов в смывах из носо- и ротоглотки (ИФА, ИФМ)
- 2) Рентгенография органов грудной клетки
- 3) Грипп, тяжелое течение. Осложнение: респираторный дистресс-синдром, инфекционно-токсический шок II ст.
- 4) Быстро нарастающую одышку с кровянистой мокротой
- 5) Острый респираторный дистресс-синдром
- 6) Менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом
- 7) Геморрагической сыпи, одышки
- 8) Осельтамивир, умифеновир
- 9) Респираторную поддержку
- 10) При присоединении вторичной инфекции
- 11) Умифеновир и осельтамивир
- 12) 7 суток

2017г. на прием к участковому врачу пришел пациент 62-х лет на 3-ий день болезни.

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

- 1) ПЦР – диагностика респираторно-вирусных инфекций, выявление антигенов вирусов эпителии ротоглотки методом ИФА, РИФ
- 2) Респираторно-синцитиальная инфекция, назофарингит, легкой степени тяжести
- 3) Бронхита, бронхиолита
- 4) Пульсоксиметрия
- 5) Отит
- 6) Гриппом скарлат.....
- 7) Одышка с болями в грудной клетке
- 8) Сосудосуживающих препаратов интраназально
- 9) При присоединении вторичной инфекции
- 10) Муколитич
- 11) 6 дней
- 12) Промывание носа изотоническими растворами

Задача 85

13.10.2017г. 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

- 1) ПЦР, реакция иммунофлюоресценции с отделяемым из носоглотки
- 2) Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести
- 3) Плоский эпителий
- 4) Гайморит
- 5) аносмии
- 6) Амбулаторное лечение
- 7) Антиконгексантов
- 8) Синусита
- 9) мрт придат пазух
- 10) Амоксициллин
- 11) изоляцию больного...
- 12) 3х суток

Задача 88. 13.10.2017г. к участковому врачу терапевту в поликлинике обратился пациент 22-х лет на 2-ой день болезни.

- Жалобы на заложенность носа, чиханье, слизистые и водянистые выделения из носа, покашливание и першение в горле, слезотечение.
- Анамнез заболевания Заболел остро с появления познобливания и чувства тяжести в голове, слабости, повышения температуры тела до 37,2°C, одновременно присоединилось заложенность носа, чиханье, обильные слизистые и водянистые выделения из носа, охриплость голоса

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

- ПЦР – диагностика
- реакция иммунофлюоресценции с отделяемым из носоглотки

2. Какой основной диагноз?

- Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести

3. Ринорея

Нарушение обоняния

4. Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является

- острый синусит

5. При развитии синусита показано проведение —мрт придат пазух носа

6. Показанием к госпитализации при риновирусной инфекции является наличие

- распирающей боли в области лобных, гайморовых пазух, повышение температуры выше 39 °C

7. Срок изоляции больного с риновирусной инфекцией составляет

- 5-6 дней

8. Патогенетическое лечение риновирусной инфекции легкого течения включает

- санацию верхних дыхательных путей (носовых ходов)

9. Применение антибиотиков при риновирусной инфекции показано

- при присоединении вторичной инфекции

10. Инкубационный период риновируса составляет до —3-х сут

11. Профилактические меры при риновирусной инфекции включают

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений

12. Неспецифической профилактики риновируса включ назнач —интерферон альфа

Задача 89. 20.10.2017г. участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 20-ти лет на 4-ый день болезни.

- Жалобы на повышение температуры тела, «ломоту» во всем теле, боли в горле при глотании,

редкий кашель, заложенность носа, слезотечение, жжение, ощущение песка в глазах, снижение аппетита, дискомфорт в животе, послабление стула.

• Анамнез заболевания Ухудшение состояния с 17.10.2017г.: познабливание, повышение температуры тела до 37,3°C, заложенность носа, боли в горле при глотании, жжение, рези в области правого глаза, слезотечение.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования
- ПЦР - диагностика
2. Какой основной диагноз?
- Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, средней степени тяжести
3. Опорными диагностическими критериями аденовирусной инфекции являются
- воспаление слизистых оболочек ротоглотки, глаз, системное увеличение лимфатических узлов
4. К дополнительным симптомам, которые иногда выявляют при аденовирусной инфекции, относят
- тошноту, секреторную диарею
5. Дифференциальную диагностику риновирусной инфекции в начальный период заболевания проводят с
- дифтерией ротоглотки, инфекционным мононуклеозом
6. Специфически поражаются глаза при аденовирусной инфекции - пленчатая конъюнктивит
7. К наиболее частым осложнениям аденовирусной инфекции относятся
- поражения придаточных пазух носа, пневмонии, ангины
8. Одним из основных показаний к госпитализации при аденовирусной инфекции является развитие
- пневмонии
9. Этиотропным средством для лечения аденовирусной инфекции (на ранней стадии) с доказанной эффективностью является
- умифеновир
10. Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано
- при присоединении вторичной инфекции
11. Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики риновирусной инфекции, являются
- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
12. Инкубационный период - 14 дней

Задача 90. Участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 74 лет на 2-ой день болезни

• Жалобы на повышение температуры, озноб, сильная головная боль в лобных областях, «ломота» во всем теле, сухой кашель, першение в горле, заложенность носа.

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

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

- ПЦР- диагностика
- иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

2) Какой основной диагноз?

- Грипп, типичное течение, средней степени тяжести

3) К симптомам тяжелого неосложненного течения гриппа относят

- геморрагическую сыпь и носовые кровотечения

4) Патогенетическим осложнением гриппа является

- острый дистресс-синдром

5) Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с

- менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом

6) Показанием к госпитализации при гриппе являются наличие

- одышки, боли в груди

- 7) Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются
 - балоксавир, осельтамивир
- 8) Патогенетическое лечение гриппа тяжелого течения включает
 - респираторную поддержку
- 9) Применение антибиотиков при гриппе показано
 - при присоединении вторичной инфекции
- 10) Химиопрепаратом, применяемый для профилактики гриппа, является
 - осельтамивир
- 11) осельтамивир при химиопрофилактике назнач по -75 мг
- 12) проективным действием к вир гриппа а обладают антители к – гемагглюнину

№91. Пациент 18 лет, студент, в начале учебного года обратился в студенческую поликлинику. Жалобы на общую слабость, ухудшение аппетита, тошноту, двукратную рвоту после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье, темный цвет мочи. Анамнез заболевания пациент в течение недели амбулаторно лечился по поводу «ОРВИ» в студенческой поликлинике. Заболел остро с повышения температуры до 38,8°C, головной боли, боли в мышцах и суставах, першения в горле. На 5 день болезни температура тела нормализовалась.

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

- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- определение протромбинового индекса
- биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Гриппоподобным и диспесическим

5. Ответ 50

6. Возможным исходом вирусного гепатита А является

- дискинезия желчевыводящих путей

7. Врачебная тактика в данной клинической ситуации состоит в

- госпитализации в инфекционное отделение

8. Терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

- лактулозы

9. Антихолестатич терапия —холестермина

10. Ответ 5% глюкоза

11. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- вакцинацию

12. 5 дня

Задача №92. Больная С., 23 лет обратилась в поликлинику по месту жительства 16.09.2017г.

• Жалобы на тошноту, снижение аппетита, слабость, утомляемость, боль в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

• Анамнез заболевания Заболела 12 дней назад, когда отметила повышение температуры тела от 37,2 до 38,5°C, появление слабости, утомляемости, тошноты, снижения аппетита, болей в крупных и мелких суставах конечностей. Лечилась дома самостоятельно от «простуды». К врачу не обращалась.

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

- определение протромбинового индекса

- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- биохимический анализ крови
- 2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
 - УЗИ органов брюшной полости
- 3) Какой основной диагноз?
 - Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести
- 4) Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие
 - геморрагического синдрома
- 5) Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита В является
 - снижение уровня содержания протромбина в крови
- 6) Возможным осложнением вирусного гепатита В является
 - острая дистрофия печени
- 7) Базисной терапией острого вирусного гепатита В средне-тяжелого течения является
 - дезинтоксикационная
- 8) Патогенетическая терапия острого вирусного гепатита В предусматривает назначение
 - лактулозы
- 9) В случае снижения ПТИ ниже 40% при фульминантной форме острого вирусного гепатита В дополнительно показано назначение
 - энтекавира
- 10) показателем эффективности вакцинации....-10
- 11) за лицами, перенесшими острый вирусный гепатит В — 12 мес
- 12) Вакцинации против вирусного гепатита В подлежат новорожденные
 - в первые сутки жизни

Задача 93. 25.09.17. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациентке Н. 36 лет на 4 день болезни.

- Жалобы на отсутствие аппетита, тошноту, горечь во рту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.
- Анамнез заболевания: заболела остро с появления тошноты, однократной рвоты съеденным накануне. К врачу не обращалась.
- В последующие дни тошнота сохранялась, пропал аппетит, появилась горечь во рту и ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, отмечался двукратный кашицеобразный стул.
- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)
 - биохимический анализ крови
 - Определение протромбинового индекса
 - ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- 2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
 - УЗИ органов брюшной полости
- 3. Какой основной диагноз?
 - Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести
- 4. При вирусном гепатите А часто развивается
 - Синдром холестаза
- 5. При желтушной форме вирусного гепатита с холестатическим синдромом в биохимическом анализе крови отмечается развитие
 - Билирубин-трансаминазной диссоциации
- 6. Возможным исходом вирусного гепатита А является
 - Дискинезия желчевыводящих путей
- 7. Базисной терапией острого вирусного гепатита А легкого и среднетяжелого течения является
 - дезинтоксикационная

8. Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение лечебного стола № - 5 % глюкоза
9. При ведущей роли синдрома холестаза в затяжном течении желтушного периода острого вирусного гепатита на фоне базовой терапии целесообразно использовать
 - урсодезоксихолевую кислоту
10. В терапии вирусного гепатита А предусмотрено назначение
 - лактулозы
11. продолжит инкуб пер---50
12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают
 - вакцинацию

Задача 94. Больной М. 30 лет обратился в поликлинику по месту жительства 13.01.2018г.

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

• Анамнез заболевания Заболел около 2 недель назад, когда постепенно нарастала слабость, снижалась работоспособность, которые связывал с переутомлением на работе. Слабость, общее недомогание постепенно нарастали, около недели назад понизился аппетит, 4-5 дней назад отметил появление тяжести в эпигастрии, которую объяснял обострением гастрита.

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

- определение протромбинового индекса,
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Вирусный гепатит С безжелтушная форма лёгкой степени тяжести

4. достоверно подтверждает -core ag hcv

5. лейкопении

6. Наиболее вероятным исходом безжелтушной формы острого вирусного гепатита С является

- формирование хронического вирусного гепатита С

7. Прямое цитопатическое действия на гепатоциты

8. спазмолитики

9.-12

10. Эффективность противовирусного лечения гепатита с - исчезновение гпа hcv

11. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом С контактным лицам проводят

- лабораторное обследование

12. С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

- беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики

Задача 95. Больной С. 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства 16.01.2017г.

• Жалобы На снижение работоспособности, чувство недомогания, повышенную утомляемость, снижение аппетита, тошноту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

• Анамнез заболевания Заболел неделю назад с появления повышенной утомляемости, недомогания, снижения аппетита, ощущение «тяжести» в эпигастрии. Данное состояние сохранялось в течении 3-4 дней. Лечился дома самостоятельно, принимал но-шпу, мезим, соблюдал диету. К врачу не обращался.

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

- биохимический анализ крови
 - определение протромбинового индекса
 - ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
- УЗИ органов брюшной полости
3. Какой основной диагноз?
- Хронический вирусный гепатит В в стадии обострения, желтушная форма, средней степени тяжести
4. HBe-Ag
5. Цирроз печени
6. для уточнения фазы- количественное определение днк вгв
7. При обострении хронич вир гепатита в целесообразно назначить- дезинтоксикационную
8. Аналогов нуклеозидов
9. К препаратам для леч хронич вир геп в относят - ламивудин
10. 3 месяца
11. Уровню днк hbv
12. Для специфической профилактики вирусного гепатита В в настоящее время используют
- Вакцинацию

Задача 96. Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г.

- Жалобы На слабость, повышение температуры до 37, 4°C, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.
- Анамнез заболевания Заболел остро с повышением температуры до 37,5°C, головной боли, ломоты в мышцах и суставах. Раздражали запахи пищи, отмечал тошноту. Высокая лихорадка до 38,5°C сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно принимал сорбенты и жаропонижающие препараты. К врачу не обращался.

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

- биохимический анализ крови
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- геморрагического синдрома

5. к внепочеч проявл при вир геп е

- моче-выделит сист

6. к внепеченоч проявл с пораж нерв сист

- гийеа-барре

7. Высокая летальность при остром ВГ Е регистрируется у

- беременных женщин в III триместре

8. Базисной терапией вирусного гепатита Е является

- дезинтоксикационная

9. Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение

- лактулозы

10. При лечении вирусного гепатита Е с холестатическим синдромом используют

- урсодезоксихолевую кислоту

11. при развит геморрагич синдр
-ингибиторов протеаз
12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом Е назначают
- соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий

Задача 96. Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г.

- Жалобы На слабость, повышение температуры до 37, 4°С, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.
- Анамнез заболевания Заболел остро с повышением температуры до 37,5°С, головной боли, ломоты в мышцах и суставах. Раздражали запахи пищи, отмечал тошноту. Высокая лихорадка до 38,5°С сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно принимал сорбенты и жаропонижающие препараты. К врачу не обращался.

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

- биохимический анализ крови
- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов
- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

- Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- геморрагического синдрома

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита Е является

- снижение уровня содержания протромбина в крови

6. Возможным осложнением вирусного гепатита Е является

- острая печеночная энцефалопатия

7. базис терапией вирусного гепат а явл —дезинтоксикацион

8. с целью дезинтоксик больным....

- энтеросорбенты

9. Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение

- лактулозы

10. При лечении вирусного гепатита Е с холестатическим синдромом используют

- урсодезоксихолевую кислоту

11. в целях профилак....

- вакцинацию

12.пациенты, перенесшие острый вир геп.....

- 3-6

Задача 98

• Ситуация: Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 05.12.2017г.

• Жалобы: Быструю утомляемость, дискомфорт в правом подреберье.

• Анамнез заболевания

• Работает курьером. Проживает в отдельной квартире, не женат. Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. Вредные

привычки: курит в течение 5 лет. 6 месяцев назад делал татуировки на плечах. Из Москвы не выезжал, пользовался услугами общепита.

- Анамнез жизни

- Болен в течение месяца. Точно дату начала заболевания указать не может.

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

- Биохимический анализ крови

- ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

- определение протромбинового индекса

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

- 3. Какой основной диагноз?

Острый вирусный гепатит С, безжелтушная форма, средней степени тяжести.

4. для дожелтушного.... - астеновегетативного

5. для остр вип геп с характерно - легкое течение с быстрой.....

6. Возможным осложнением вирусного гепатита С является хронизация

7.противовир терап больным с остр ВГС....

12

8. Базисная терапия острого вирусного гепатита С предусматривает назначение

Лактулозы

9. патогенетич терап остр....

раствор декстрозы

10. Пациенты с острым вирусным гепатитом С подлежат обязательному диспансерному наблюдению в течение __ мес.

- 6

11. максимал инкуб период...

6 месяцев

12. С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики

Задача 99

Ситуация

Больной М. 25 лет обратился в поликлинику по месту жительства 17.01.2018 г.

Жалобы

На лихорадку до 38,5°C, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту до 2-3 раз в день, поверхностный сон, головную боль, боли в суставах, боли в правом подреберье, темную мочу, желтушность склер.

Анамнез заболевания

- Работает курьером в интернет-магазине.

- Проживает в отдельной квартире один.

- Аллергоанамнез: неотягощен.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия, хронический вирусный гепатит В с 2012г.

- Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем (преимущественно пиво, водку)

Анамнез жизни

Заболел остро 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38,5-39°C, снизился аппетит, появились тошнота, боли в крупных суставах, тяжесть в правом подреберье. Лечился дома самостоятельно, принимал жаропонижающие. К врачу не обращался.

В последующие дни пропал аппетит, появились рвота до 2-3 раз в день, боли давящего характера в правом подреберье, поверхностный сон.

На 3-й день болезни отметил потемнение мочи и желтушность склер, геморрагические элементы сыпи на коже.

В связи с отсутствием эффекта от лечения в домашних условиях и ухудшением общего состояния обратился к врачу.

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

- биохимический анализ крови
- ИФА для определения маркеров ВИрусНЫХ гепатитов
- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- УЗИ органов брюшной полости

3. Какой основной диагноз?

Острая дельта- (супер) инфекция хронического гепатита В, желтушная форма, тяжелое Течение

4. к проявл печеноч недостат при хр вир гепат —отечно-асцитич синдрома

5. осн причиной леталь исхода при остр дельта- инфек....- печеноч недостаточ

6. Наиболее вероятным исходом острой дельта-(супер) инфекции хронического гепатита В является
-быстрое развитие цирроза

7. для этиотропного леч хр вир геп дельта....-булевиртида

8. длит приема этого матерного препарата при монотерапии.....-48

9. комбинир терапия хронич вир геп дельта.....-пэгинтерфероном альфа-2a

10. для контроля эффективн-ти....-рнк HDV

11. В целях профилактики инфицирования острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В назначают
вакцинацию против гепатита В

12. пациентам с (англ буквы) после заверш.....-год

Задача 100

- Ситуация
- Больной П. 37 лет обратился в поликлинику по месту жительства 20.10.2017г.
- Жалобы
- на слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту, усиливающуюся на запахи приготовленной пищи и никотина, однократную рвоту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи.
- Анамнез заболевания
- Работает руководителем небольшой коммерческой компании по продаже косметических средств.
- Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и один ребенок).
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, два года назад перенес острый вирусный гепатит А.
- Вредные привычки: отрицает.

- За два месяца до настоящего заболевания выехал в Китай (провинции Гуйчжоу и Сычуань), где находился в командировке по вопросам своего бизнеса. Проживал в гостиницах, преимущественно питался самостоятельно, имел множественные контакты. Вернулся домой за 2-3 дня до начала заболевания.

- Год назад прошел курс вакцинации против вирусного гепатита В.

Вопросы:

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

- биохимический анализ крови

- ИФА для определения маркеров ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

- определение протромбинового индекса

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- комплексное УЗИ органов брюшной ПОЛОСТИ

3. Какой основной диагноз?

- Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней степени тяжести

4. Критерием тяжелого течения острых вирусных гепатитов является наличие

- геморрагического синдрома

5. Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита Е является

- снижение уровня содержания протромбина В крови

6. Возможным осложнением вирусного гепатита Е является

- острая печеночная энцефалопатия

7. Базисной терапией вирусного гепатита Е является

- детоксикационная

8. Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение лечебного стола №

- 5

9. Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение

- ЛАКТУЛОЗЫ

10. При лечении холестатического варианта вирусного гепатита Е используют

- урсодезоксихолевую кислоту

11. Все контактные лица по вирусному гепатиту Е подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение дня разобщения с источником инфекции

- 40 дней

12. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом Е рекомендуют

- соблюдение санитарно- гигиенических мероприятий

Задача 75

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

- 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.

Анамнез жизни

Заболел внезапно, 3 дня назад. Отметил ощущение недомогания, появился кашель (вначале сухой, затем — с выделением скудной мокроты)

1 Из лабораторных исследований необходимо выполнить

- 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.....-туберкулёзом лёгких

12 Показанием для проведения КТ органов грудной клетки при пневмонии является

- Подозрение на рак лёгкого, туберкулёз лёгких

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

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

Анамнез жизни

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»

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 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- рентгенологич.... - туберкулёзом лёгких

12 Критерием тяжести пневмонии является

- Снижение сатурации крови менее 90%

ЗАДАЧА 81

Больной В. 70 лет обратился к участковому-терапевту по месту жительства

Жалобы

Горечь во рту

Отрыжка воздухом

Слабость

Головокружение

АНАМНЕЗ ЗАБ-Я

Со слов больного, жалобы на горечь во рту....

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы

–клинический анализ крови

–биохимический анализ крови

- сывороточные показатели

2. Выберите инструментальные методы...

-ЭГДС

-УЗИ желудка

-рентгенография органов грудной клетки

-колоноскопия

3. Какой основной диагноз

-ГЭРБ. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный гастрит. Дуоденит.

4. Какой сопутствующий диагноз

- ЖДА, средняя тяжесть течения

5. Рекомендации по изменению образа жизни...

-избегать переедания, не ложиться после приема пищи....

6. В качестве лечения основного заболевания....

-ингибиторы протонной помпы

7. Суточная доза железа....

-200;1

8. Пероральные препараты железа в данной ситуации.....

-1-3

9. критерии эффективности лечения....

-7-10

10. Пациенту омепразол рекомендовано принимать

-за 30 минут до еды

11. Мерой общественной профилактики....

-фортификация

12. Пациент относится к

-IIIБ

Задача №101

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 38 лет

Жалобы

- на повышение температуры тела до 39,0 °С, головную боль, головокружение, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- Офисный работник.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает один, в отдельной квартире, холост.
- Эпиданамнез: Десять дней назад до начала заболевания вернулся из туристической поездки в Египет, отмечал там укусы комаров.

Анамнез жизни

- Заболел остро три дня назад, когда появился выраженный озноб, повышение температуры тела до 39°С, головная боль, ломота в мышцах и суставах
- Лечился самостоятельно противогриппозными и жаропонижающими средствами без эффекта.
- На 3-ий день состояние ухудшилось, усилилась головная боль, появилась тошнота, отмечалась повторная рвота, головокружение. Температура тела
- сохраняется на высоких цифрах.

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

- **ИФА крови на арбовирусы**
- **ПЦР ликвора**

2. Какой основной диагноз?

- **Лихорадка Западного Нила, менингеальная форма, средней степени тяжести**

3. Ведущим синдромом Лихорадки Западного Нила является

- **ГРИППОПОДОБНЫЙ**

4. Для тяжелого течения Лихорадки Западного Нила характерно развитие

- **менингоэнцефалита**

5. Дифференциальную диагностику Лихорадки Западного Нила проводят с

- **менингококковой инфекцией, гриппом**

6. К клиническим формам Лихорадки Западного Нила относят

- **субклиническую, гриппоподобную, менингеальную, менингоэнцефалическую**

7. Особенностью клеточного состава ликвора при Лихорадке Западного Нила является плеоцитоз

- **смешанный ниже 500 клеток В 1 МКЛ**

8. К показаниям к госпитализации при Лихорадке Западного Нила относят

- **наличие менингеальной симптоматики**

9. Лечение неосложненной Лихорадки Западного Нила включает назначение

- **симптоматической терапии**

10. Применение антибиотиков при Лихорадке Западного Нила показано при

- **присоединении вторичной инфекции**

11. Выписка реконвалесцентов после Лихорадки Западного Нила осуществляется после

- **клинического выздоровления**

12. К профилактическим мероприятиям при Лихорадке Западного Нила относят

- **применение репеллентов, средств индивидуальной защиты от комаров**

Задача №102

Ситуация

В поликлинику обратилась пациентка 20 лет

Жалобы

- на зуд в области заднего прохода

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- **микроскопия соскоба, мазка кала**

2. Какой основной диагноз?

- **Энтеробиоз**

3. К симптомам неосложненного энтеробиоза относят

- **зуд в области заднего прохода и аногенитальной области**

4. Возможным осложнением энтеробиоза является

- **парапроктит**

5. Дифференциальную диагностику энтеробиоза проводят с

- **Геморроем**

6. При массивной инвазии при энтеробиозе возможны

- **боли и урчание в животе, метеоризм, тошнота, рвота, запор или понос, иногда с примесью слизи**

7. При массивной инвазии при энтеробиозе возможно появление

- **аппендикулярной симптоматики**

8. Тактика ведения данного больного заключается в

- **ведении пациента В амбулаторных условиях**

9. Этиотропным средством для лечения энтеробиоза является

- **альбендазол**

10. Лечение энтеробиоза включает назначение препаратов

- **противонематодозных**

11. Повторный курс лечения энтеробиоза показано проводить через _____ день/дней после первого

- **14**

12. Профилактика энтеробиоза включает

- **соблюдение правил ЛИЧНОЙ гигиены**

Задача №103

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

- Заболел с появления чувства недомогания, слабости, головной боли, повышение температуры тела до 37,4°C, миалгии.
- Далее присоединился насморк, редкий сухой кашель.
- Лечился самостоятельно, принимал витаминизированное питье, парацетамол.

На 3-й день болезни самочувствие прежнее, появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

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

- **иммуноферментный анализ крови**
- **полимеразная цепная реакция к возбудителям**

2. Какой основной диагноз?

- **Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести**

3. Специфическим осложнением при приобретенной краснухе является

- **полиартрит**

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

является

- **Энцефалит**

5. Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются

- **мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия**

6. Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

- **инфекционным мононуклеозом, энтеровирусной инфекцией, внезапной экзантемой**

7. Тактика ведения больного с краснушным энцефалитом заключается в

- **госпитализации В ОРИТ**

8. Лечебная тактика при среднетяжелом течении краснухи включает проведение терапии

- **симптоматической**

9. Изоляция больного краснухой осуществляется ДО

- **5 -ГО ДНЯ С момента появления СЫПИ**

10. К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят

- **вакцинопрофилактику**

11. За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- **21**

12. Индекс avidности IgG при острой краснушной инфекции составляет

- **25**

Задача 104

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 19 лет на 4-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, суставах, небольшой насморк, ощущение «першения» в горле, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

- Студентка дневного отделения ВУЗа.

Проживает в квартире с родителями.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ОРВИ.

Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез: со слов пациентки, в детском возрасте

прививки сделаны согласно Национальному календарю профилактических прививок. В

школе проведение профилактических прививок, согласно рекомендациям врача, какие

точно не помнит. От гриппа не прививалась.

Анамнез жизни

- Считает себя больной, когда вечером заметила появление небольшой болезненности и увеличения затылочных и заднешейных лимфоузлов, слабость, головную боль.

Температуру не измеряла.

Утром температура тела до 37,6°C, миалгии, артралгии.

- Присоединился насморк, редкий сухой кашель.

- Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), щелочное питье, витамин С.

- На 4-й день болезни появилась сыпь на лице, которая в течение нескольких часов распространилась на туловище и конечности, самочувствие без ухудшения.

Объективный статус

Температура тела 37,5°C.

- Самочувствие удовлетворительное.

- На коже лица, на туловище, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей — мелкая, розовая, пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне без склонности к слиянию.

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

Иммуноферментный анализ крови на антитела к вирусным инфекциям

ПЦР к возбудителям вирусных инфекций

2. Какой основной диагноз?

Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести

3. Специфическим осложнением при краснухе является

Тромбоцитопеническая пурпура

4. Тяжелым специфическим осложнением краснухи является

Энцефалит

5. Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются
Мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия
6. Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с
Инфекционным мононуклеозом, псевдотуберкулезом, скарлатиной
7. Лечебная тактика при краснухе с развитием полиартрита заключается в применении
НПВС
8. При развитии краснушного энцефалита показано назначение
Дексаметазона
9. Выявление Anti-Rubella virus IgM является наиболее неблагоприятным фактором для
Беременных
10. За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге
21
11. К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят
Вакцинопрофилактику
12. Вакцинация против краснухи проводится согласно календарю прививок РФ в возрасте
12 месяцев и 6 лет

Ситуационная задача 105

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 30 лет на 7-й день болезни.

Жалобы

- на озноб, повышение температуры тела, повышенную потливость, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

Инженер горнорудной промышленности

- Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и двое детей).

. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

- Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез: со слов пациента в последние 2 года прививался против желтой лихорадки и брюшного тифа.

- Неделю назад вернулся из командировки из Эфиопии, где работал инженером-консультантом в горнорудной промышленности.

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

Микроскопическое исследование тонкого мазка крови

Микроскопическое исследование «толстая капля» крови

2. Какой основной диагноз?

Малярия вызванная *Plasmodium vivax*, среднетяжёлый течение

3. Характерными клиническими признаками малярии являются

Повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы включающие последовательно появляющиеся признаки озноб-жар- пот

4. Для малярии характерно наличие

Лихорадочных пароксизмов, гепатогенального синдрома, гемолитический гипохромной анемии

5. Дебют малярии может проявляться

Инициальной лихорадкой (Лихорадка неправильного типа)

6. Дифференциальную диагностику малярии следует проводить с

Лихорадкой Денге

7. Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия

Falciparum

8. Специфическим осложнением малярии является

Разрыв селезёнки

9. Тактика ведения больного малярией заключается в

Госпитализации в диагностическое отделение

10. Купирующая терапия при неосложненной малярии включает назначение препаратов

Гематошизотропных

11. Для купирующей терапии данного больного целесообразно использовать

Хлорохин

12. Наблюдение за больными, перенесшими малярию,

вызванную P|. Vivax, осуществляется в течение

2-х лет

Ситуационная задача 106

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 31 лет на 7-й день болезни

Жалобы

на слабость и регулярно появляющиеся приступы, которые сопровождаются ознобом, повышением температуры тела, повышенной потливостью

Анамнез заболевания

Геолог

Проживает в отдельной квартире с семьей (жена, ребенок дошкольного возраста).

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, 9 месяцев назад, когда вернулся из рабочей командировки в Эфиопию, перенес малярию, вызванную *Plasmodium vivax* ушах. Лечился в стационаре. Эффективность лечения была подтверждена прекращением эритроцитарной шизогонии.

- Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез - в прошлом прививался против желтой

Объективный статус

° Температура тела 39,4°C.

- Лицо гиперемировано.

- Кожные покровы горячие на ощупь, сухие, сыпи на теле нет.

.Периферические лимфоузлы не увеличены.

. Слизистая ротоглотки обычной

Физиологической окраски, энантемы нет.

. АД — 110/60 мм.рт.ст, ЧСС — 102 уд. В мин.

. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

- Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени определяется на уровне края реберной дуги, пальпируется увеличенная, плотная селезенка.

- Очаговых и менингеальных знаков нет.

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

Микроскопическое исследование тонкого мазка крови

Микроскопическое исследование «толстая капля» крови

2. Какой основной диагноз?

Малярия вызванная *Plasmodium vivax*, поздний(экзоэритроцитарный) рецидив, среднетяжелое течение

3. Характерными клиническими признаками малярии являются

Повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы включающие последовательно появляющиеся признаки озноб-жар- пот

4. Осложнением позднего рецидива малярии-*vivax* является

Анемия

5. Дифференциальную диагностику рецидива малярии- *vivax* следует проводить с

Сепсисом, висцеральным лейшманиозом

6. Специфическим осложнением малярии является

Разрыв селезенки

7. Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия

Falciparum

8. Тактика ведения больного с рецидивом малярии заключается в

Госпитализация больного в инфекционный стационар

9. Купирующая терапия при позднем рецидиве малярии включает назначение препаратов

гемошизонтоцидных

10. Для профилактики поздних рецидивов при малярии vivax используют препараты

гистошизотропные

11. Для профилактики поздних рецидивов при малярии vivax используют

примахин

12. Диспансеризация больных, перенесших малярию vivax должна проводиться в течении

2-х лет

Ситуационная задача 107

Ситуация

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

Жалобы

- на слабость, адинамию, кожные высыпания

Анамнез заболевания

. Работает консьержем в многоквартирном жилом доме.

- Проживает в отдельной собственной квартире с сыном.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, в т.ч. ветряная оспа, простудные заболевания.

- Вредные привычки: отрицает.

- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делала.

Анамнез жизни

- Заболела остро с повышения температуры тела до 37,9°C, головной боли, слабости, недомогания.

. Позже отметила появление чувства онемения и покалывания в области скуловой дуги справа

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

ПЦР-диагностика содержимого везикул

микроскопия мазков содержимого везикул

2. Какой основной диагноз?

Опоясывающий лишай, период высыпания, среднетяжелая форма, типичное течение

3. Клиническими признаками продромального периода опоясывающего лишая являются

Слабость, повышение температуры тела, чувство онемения, покалывания или жжения в области пораженного дерматомы

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

Экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании

5. Осложнениями опоясывающего лишая являются

Энцефалит, менингит

6. Дифференциальную диагностику опоясывающего Лишая СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

Зостериформным простым герпесом, рожей

7. Тактикой ведения данного больного является

Амбулаторное ведение и лечение

8. Лечебная тактика при неосложненном опоясывающем лишае, в первую очередь, включает назначение

Противовирусная терапия

9. Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

Ацикловира

10. Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

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

Их клинического выздоровления

12. Медицинское наблюдение за контактными неиммунными лицами устанавливается на ____ день/дней с момента контакта с больным опоясывающим лишаем

21

Ситуационная задача 108

Ситуация

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.01.2018г.

Жалобы

на приступообразную боль в межреберной области спины справа, температуру до 37, 5°C, наличие элементов сыпи.

Анамнез заболевания

- Строитель, последнее время работает на улице Проживает в отдельной квартире с семьей.

- Аллергоанамнез: не отягощен.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

. Вредные привычки: курение, алкоголь умеренно

- Парентеральный анамнез не отягощен.

Анамнез жизни

С 20.01. беспокоит постоянная боль справа, в межреберной области спины, усиливающаяся при движении и трении одеждой. Самостоятельно

1. Лабораторным методом для постановки диагноза является

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) содержимого везикул

2. Какой основной диагноз?

Опоясывающий лишай, период высыпания, типичное течение

3. Предшественником данного заболевания является

Ранее перенесенная ветряная оспа

4. Тяжелое течение данного заболевания наблюдается при

Генерализации и трансформации в буллезную форму

5. Критерии тяжести при опоясывающем лишае включают

Выраженность интоксикационного синдрома с признаками поражения ЦНС и местные кожные проявления

6. Неоднократные повторные случаи опоясывающего лишая можно наблюдать у пациентов

Выраженной иммуносупрессией

7. К ОСНОВНЫМ КОЖНЫМ СИМПТОМАМ, характерным ДЛЯ Опоясывающего лишая относят

Гиперемию на коже и слизистых с элементами везикулезной сыпи

8. Основными клиническими симптомами, характерными для опоясывающего лишая являются

Приступообразные корешковые боли с местной гиперестезией и везикулезная сыпь на фоне эритемы

9. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО герпеса ОТНОСЯТ

Парезы глазодвигательного и лицевого нервов

10. Госпитализация при опоясывающем лишае показана

Больным с поражением n. ophthalmicus

11. Схема лечения для данного пациента включает назначение

Валацикловира 1000 3 раза в сутки 7 дней

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

Их клинического выздоровления

Ситуационная задача 109

Ситуация

Больной Н. 38 лет обратился в поликлинику по месту жительства на 5-й день болезни.

Жалобы. на кожные высыпания в области груди, сопровождающиеся болевым синдромом, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- Работает специалистом в IT- компании.
- Проживает один в отдельной собственной квартире.
- . Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- . Вредные привычки: отрицает.
- . Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делал.

Анамнез жизни

- Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 37,5°C, головной боли, слабости.

Объективный статус

- Температура тела 36,8°C.
- На коже груди слева - сгруппированные везикулы («гроздь винограда») с мутным содержимым, располагающиеся на гиперемизованном и отёчном основании. Размер их не превышает нескольких миллиметров. Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер. Сыпь сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, боль приступообразная, усиливающаяся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности. Периферические лимфоузлы (аксиллярные) увеличены до размера горошин, умеренно болезненны при пальпации.
- . Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемизована, отмечается ее зернистость, везикулезных высыпаний не обнаружено. - АД — 120 и 80 мм.рт.ст, ЧСС — 80 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД — 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

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

ПЦР(содержимое везикул)

Микроскопический (содержимое везикул, соскоб пораженной ткани)

2. Какой основной диагноз?

Опоясывающий лишай, период высыпания, легкое течение

3. Патогномоничным признаком опоясывающего лишая является наличие

Экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании

4. Клинические признаки продромального периода опоясывающего лишая включают

Лихорадку, головную боль, чувство онемения в очаге

5. Для сенсорных нарушений при опоясывающем лишае характерны

Локальные жгучие боли, усиливающиеся в ночные часы

6. Дифференциальную у диагностику опоясывающего лишая с представленной локализацией до момента появления сыпи следует проводить с

Пневмонией, стенокардией

7. К возможным осложнениям опоясывающего лишая относят

Серозный менингит

8. ТАКТИКОЙ ведения данного БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Амбулаторное наблюдение и лечение

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

Противовирусной терапии

10. Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

Ацикловира

11. Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

12. Индекс контагиозности при опоясывающем лишае не превышает ____%

10

Ситуационная задача 110

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 20 лет на 3-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, рвоту, боли в животе, более выраженные в правой половине, боли в суставах.

Анамнез заболевания

- Студент дневного отделения ВУЗа
- Проживает в отдельной квартире с родителями.
- . Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- . Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе).
- Эпид. анамнез: в течение последнего месяца 2 раза работал на овощной базе; ежедневно употребляет в пищу салаты, приготовленные из моркови, капусты, листовых овощей.
- 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

Иммуноферментный анализ крови к антителам Y. Pseudotuberculosis

Молекулярно-биологические методы диагностики ПЦР к ДНК Y. Pseudotuberculosis

2. Какой основной диагноз?

Псевдотуберкулез, абдоминальная форма, острый аппендицит, средней степени тяжести

3. В гемограмме при псевдотуберкулезе наблюдается

Лейкоцитоз, нейтрофилез, относительная лимфопения

4. Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

Мезаденит, терминальный илеит, острый аппендицит

5. Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

Обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4й день болезни

6. Осложнениями абдоминальной формы псевдотуберкулеза является

Перитонит, стеноз терминального отдела подвздошной кишки, спаечная болезнь

7. Дифференциальную диагностику абдоминальной формы псевдотуберкулеза следует проводить с

Острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей

8. Тактика ведения данного больного заключается в

Госпитализация в хирургическое отделение

9. Лечебная тактика при абдоминальной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

Антибиотикотерапия

10. Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется

Ципрофлоксацин

11. Выписка больных из стационара возможна после

Их полного клинического выздоровления

12. Профилактика псевдотуберкулеза заключается в

Осуществлении мероприятий направленных на предупреждение контаминации возбудителями пищевых продуктов

Ситуационная задача 111

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 19 лет на 2-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, озноб, боль в горле при глотании, снижение аппетита, боли в животе, жидкий стул 1-2 раза в день, боль в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания

- Студент дневного отделения сельскохозяйственного ВУЗа

. Проживает в отдельной квартире с родителями.

- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

. Вредные привычки: отрицает.

- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе и в институте).

. Эпид. анамнез: в течение последнего месяца несколько раз работал в теплице (на практике)

Объективный статус

Температура тела 39,1°C.

Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив.

- На коже туловища и конечностей обильная мелкоточечная сыпь на фоне гиперемии, более обильная в области отека кистей и стоп.
- Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации.
- Слизистая оболочка ротоглотки гиперемизирована, миндалины гипертрофированы.
- . Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный.

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

Иммуноферментный анализ крови

Молекулярно-биологические методы диагностики ПЦР

2. Какой основной диагноз?

Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант, средней степени тяжести

3. Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

Острый аппендицит, мезаденит, терминальный илеит

4. Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

Обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4й день болезни

5. Осложнениями генерализованной формы псевдотуберкулеза являются

Инфекционно-токсический шок, диффузный илеит с перфорацией кишечника и развитием перитонита

6. Дифференциальную диагностику псевдотуберкулеза в ранние сроки болезни следует проводить с

Гриппом, скарлатиной, менингококцемией

7. Тактика ведения данного у больного заключается в

Госпитализация в инфекционное отделение

8. Лечебная тактика при генерализованной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

Антибиотикотерапия

9. Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется

Ципрофлоксацин

10. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов после перенесенного псевдотуберкулеза осуществляется до _ месяцев после выписки из стационара

12-ти

11. Выписка больных из стационара возможна после

Их полного клинического выздоровления

12. Профилактика псевдотуберкулеза заключается в

Осуществлении мероприятий, направленных на предупреждение контаминации возбудителями пищевых продуктов

Ситуационная задача 112

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 65 лет

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой половины лица, чувство жжения и распирания в ней.

Анамнез заболевания

- Пенсионерка.

- Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуком.

Данным заболеванием болеет первый раз.

Вредные привычки: отрицает.

- За несколько дней до заболевания пациента перенесла ОРВИ, после которого на слизистой носа оставались корочки и трещинки

Анамнез жизни

. Заболела вечером остро с озноба, повышение температуры тела до 38,2°C, головной боли, слабости.

Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом.

-Утром заткраснение Объективный статус

- Температура тела 38,2°C.

. В области щек и носа яркая эритема с четкими неровными контурами в виде зубцов. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, имеются мелкие геморрагии, отек лица.

. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации.

- АД — 140/80 мм.рт.ст, ЧСС — 92 уд. В мин.

В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 2)

ОАК

ОАМ

2. Какой основной диагноз?

Эритематозно-геморрагическая рожа лица, первичная, средней тяжести

3. Диагностическим критерием местного очага воспаления при роже является эритема

С четкими границами и не ровными контурами, горячая на ощупь

4. К первичным элементам рожистого очага относят

эритему

5. К провоцирующим факторам при роже относят

Нарушение целостности кожных покровов

6. Предрасполагающим фактором для возникновения рожи является

Метаболический синдром

7. К общим осложнениям рожи относится

Инфекционно-токсический шок

8. Для лечения первичной неосложненной рожи применяют

Бензилпенициллин натриевую соль

9. В комплексном лечении рожи используют

физиотерапию

10. При частых рецидивах рожи длительность бицилинопрофилактики составляет не менее ____ месяцев

12-ти

11. Показанием для профилактического назначения бициллина-5 больным рожей является

Рецидивирующее течение

12. Методом профилактики рецидивов рожи является

Полноценное лечение первичной рожи

Ситуационная задача 113

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

- Пенсионерка

- Проживает в отдельной квартире вместе с мужем.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, ангины, хронический отит, тонзилэктомия. Перелом левой голени 20 лет назад. . Вредные привычки: отрицает.

. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

Анамнез жизни

- Заболевание началось днем остро с озноба, повышения температуры тела до 39,1°C, слабости, пропал аппетит, вечером заметила небольшой отек и покраснение в нижней трети левой

Объективный статус

. Температура тела 38,6°C.

. В области левой голени выраженный отек, яркое покраснение горячее на ощупь, геморрагии, крупные буллы с серозно-геморрагическим содержимым. Паховые лимфоузлы слева увеличены, болезненны при пальпации.

- Кожа туловища, остальных конечностей - обычной окраски.

- Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, правосторонние паховые) не увеличены, безболезненные при пальпации.

. Слизистая ротоглотки розовая.

. АД — 110/70 мм.рт.ст, ЧСС — 110 уд. в мин.

- В легких хрипов нет.- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

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

ОАК

анализ крови на глюкозу

ОАМ

2. Какой основной диагноз?

Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, среднетяжелое течение, рецидивирующее течение

3. Клинические признаки начального периода рожи включают

Озноб, повышение температуры, слабость, головную боль

4. К патогномичным признакам рожи относят

Отек, яркую горячую на ощупь эритему с неровными контурами, геморрагии, буллы, регионарный лимфаденит

5. Местными осложнениями рожи являются

Абсцесс, флегмона

6. Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

Мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем

7. Часто рецидивирующей рожей считают наличие рецидивов от _ раз/раза в год

3

8. Тактика ведения данной БОЛЬНОЙ заключается в

Госпитализации в инфекционный стационар

9. Лечебная тактика при роже заключается в назначении

Антибактериальная терапия, в сочетании с антигистаминными препаратами

10. Нахождение больного рожей в инфекционном стационаре осуществляется ДО

Клинического выздоровления

11. Инкубационный период рожи при экзогенном заражении длится до

3-5 дней

12. Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится

Бициллином-5 по 1.5 млн ЕД 1 раз в три недели

Ситуационная задача 114

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 58 лет на 3-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой голени, чувство жжения и распирания в ней, появление пузырей.

Анамнез заболевания

- Пенсионерка.

- Проживает в отдельной квартире с мужем, дочерью и внуком.

. Похожим заболеванием болеет второй раз. Первый раз — 3 года назад на этой же конечности. Лечилась самостоятельно.

. Вредные привычки: отрицает.

За день до заболевания пациента долго простояла на балконе (ждала внука), «промерзла»,

Анамнез жизни

- Заболела остро: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 38,6°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие

Объективный статус

- Температура тела 38,7°C.

- В области левой голени яркая эритема. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, отек голени. В области эритемы определяются геморрагии, местами сливные, два крупных пузыря с серозно-геморрагическим содержимым и мелкие, плоские пузыри. На стопе заживающая ранка. Онихомикоз стоп.

- Паховые лимфоузлы слева увеличены и болезненны при пальпации.
- АД — 130/70 мм.рт.ст, ЧСС — 96 уд. В мин.
- В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.
- . Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Составьте план обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 2)

Клинический анализ крови

коагулограмма

2. Какой основной диагноз?

Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, повторная

3. Клинические признаки буллезно-геморрагической рожи включают наличие

Булл и геморрагии на фоне эритемы

4. Критерием часто рецидивирующей рожи является

Наличие 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией

5. Местными осложнениями рожи являются

Абсцесс, флегмоны

6. Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

Абсцессом, узловатой эритемой, контактным дерматитом

7. Последствием рожи является

Слоновость

8. Антибиотиками, применяемыми в остром периоде рожи являются

Пенициллины

9. Назначение препаратов, действующих на L- формы стрептококка показано при

Частом рецидивированные рожи

10. К показаниям для назначения бициллина-5 больным рожей относят

Частые рецидивы болезни

11. Местная терапия при буллезных формах рожи включает назначение

Примочек с риванолом или фурацилином

12. Методом профилактики рецидивов рожи является назначение

Пролонгированных пенициллинов

Ситуационная задача 115

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез жизни

- Повар.

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

Аллергоанамнез: неотягощен.

. Вредные привычки: отрицает.

- Проживает с семьёй (муж, сын, жена сына, внуки) в отдельной квартире.

. Эпиданамнез: Работа связана с постоянной повышенной статической физической нагрузкой, микротравматизацией кожных покровов, резкой сменой

Объективный статус

Температура тела 38,7°C. Положение активное. Сознание ясное, контактна, ориентирована, адекватна.

В области левой голени яркая горячая на ощупь эритема, отёк. Кожа инфильтрирована, лоснится. Очаг болезненный при пальпации. Булл, геморрагий нет. Кожные покровы вне очага физиологической окраски.

Увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов слева. Другие лимфатические узлы не увеличены. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Микоз стоп. Дыхание носом свободное, выделений из носа нет. Слизистая оболочка ротоглотки физиологической окраски. Миндалины не увеличены.

В легких жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД — 17 в минуту.

АД-140/80 мм.рт.ст. Тоны сердца, приглушены, ритмичны, ЧСС — 102 удара в минуту.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, перистальтика активная. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

1. Составьте план у лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 3)

Клинический анализ крови

клинический анализ мочи

исследование крови для обнаружения повышения титров антистрептолизина О (АСЛО)

2. Какой основной диагноз?

Эритематозная рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, 1-й ранний рецидив

3. Опорными диагностическими критериями местных изменений в очаге рожи являются наличие

Эритемы с неровными границами , увеличенных регионарных лимфатических узлов, отека

4. Предрасполагающим фактором для возникновения рожи является

Микоз стоп

5. Провоцирующим фактором при роже является

Переохлаждение

6. В классификацию рожи по распространённости местных проявлений включена форма

Распространенная

7. Осложнениями рожи являются

Абсцесс. Флебит, сепсис, инфекционно-токсический шок

8. К последствиям перенесенной рожи относится развитие

Лимфедемы, фибредемы

9. Критерием часто рецидивирующей рожи является наличие

3-х и более рецидивов в год с той же локализацией очага

10. Лечебная тактика при повторной неосложнённой роже включает назначение

Однокурсовой антибактериальной терапии

11. Для лечения данной больной целесообразно назначить (при переносимости) препараты группы

Цефалоспоринов I-II поколений

12. Метод непрерывной круглогодичной бициллинопрофилактики рожи целесообразен при наличии

3-х и более рецидивов рожи в год с той же локализацией очага

Задача 116

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

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

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

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

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

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

анализ крови на глюкозу

общий анализ крови

2. Какой основной диагноз?

Эритематозная рожа лица, среднетяжелое течение, первичная

3. Клинические признаки начального периода рожи включают

озноб, повышение температуры, слабость, головную боль

4. Патогномоничными признаками рожи являются

отек, яркая горячая на ощупь эритема с неровными контурами, регионарный лимфаденит

5. Осложнениями рожи являются

абсцесс, тромбоз, инфекционно-токсический шок

6. Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем

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

3

8. Тактика ведения данного больного заключается в

госпитализации в инфекционный стационар

9. Лечебная тактика при роже заключается в назначении

антибактериальной терапии в сочетании с антигистаминными препаратами

10. Препаратом выбора при лечении пациентов с рожей в условиях стационара является

бензилпенициллин

11. Профилактика рецидивов рожи включает

Лечение предрасполагающих заболеваний

12. Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится

бициллином-5

Задача 117

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 36 лет.

Жалобы на быструю утомляемость, сонливость, снижение памяти, сухость кожи, выпадение волос на голове.

Анамнез заболевания В течение года беспокоит утомляемость, сонливость, снижение памяти. В течение месяца отмечает сухость кожных покровов, выпадение волос.

Анамнез жизни Росла и развивалась нормально. Работает менеджером. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Беременности – 2, роды – 2. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 166 см, масса тела – 63 кг, индекс массы тела – 22,5 кг/м², температура тела – 36,2°C. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечаются плотные отеки голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 50 в минуту. АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, пальпируется узловое образование в левой доле. Глазные симптомы отрицательные.

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

тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4)

антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО), антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ)

2) Выберите необходимые для обследования инструментальные методы исследования (выберите 2)

ультразвуковое исследование щитовидной железы

электрокардиография

3) Дополнительно пациентке необходимо определить _____ сыворотки крови

кальцитонин

4) Пациентке показано проведение

тонкоигольной аспирационной биопсии узла

5) Какой предполагаемый основной диагноз?

Аутоиммунный тиреоидит. Первичный манифестный гипотиреоз. Узловой зоб 1 ст.

6) Пациентке необходимо назначить

левотироксин натрия в дозе 100 мкг

7) Для контроля лечения необходимо оценить уровень

ТТГ

8) Определение уровня ТТГ необходимо провести через ____ недель/недели после начала терапии

8

9) В случае наступления беременности пациентке необходимо рекомендовать

увеличить дозу левотироксина натрия на 30-50%

10) После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

1 раз в год

11) УЗИ щитовидной железы необходимо проводить ____ раза/раз в год

1

12) Профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в

поддержании стойкого эутиреоза

Задача 118

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 21 года.

Жалобы

слабость, плохой аппетит,
похудание,
головокружение.

Анамнез заболевания

Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит.

В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела.

2 месяца назад обращалась к врачу-психиатру с жалобами на плохое настроение, был назначен антидепрессант агомелатин 25 мг в сутки. В связи с отсутствием положительного эффекта самостоятельно отменила лечение 3 недели назад.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Является студенткой.

Перенесённые заболевания: детские инфекции.

Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные.

Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин натрия около 10 лет.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост – 172 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,7 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки и слизистая оболочка полости рта гиперпигментированы,

периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании.

Вопросы

1. Для постановки диагноза необходимо определение _____ сыворотки крови утром натощак (выберите 2)

кортизола

адренокортикотропного гормона

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести

тест с 1-24-АКТГ

3. Для косвенного подтверждения диагноза необходимо сделать (выберите 2)

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

4. Определение антител к _____ позволяет идентифицировать этиологию заболевания

21-гидроксилазе

5. Какой диагноз вы поставите пациентке?

Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, легкого течения.

Декомпенсация.

6. Пациентке необходимо назначить

гидрокортизон 25 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 100 мкг в сутки утром

7. Оценивать адекватность заместительной терапии необходимо по

клиническому состоянию

8. Заместительную терапию пациентке необходимо продолжать

пожизненно

9. На фоне заместительной терапии у пациентки отмечается повышение АД до 130/100 мм рт.ст.; вы порекомендуете ей

снизить дозу флудрокортизона до 50 мкг

10. У пациентки есть риск развития

пернициозной анемии

11. Профилактика развития адреналового криза при интеркуррентном заболевании заключается в

увеличении дозы глюкокортикоидов

12. Пациентам с первичной надпочечниковой недостаточностью, получающим

заместительную терапию, показана консультация врача-эндокринолога 1 раз в 1 год

Задача 119

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 38 лет.

Жалобы

на периодически беспокоящую сухость во рту,
кожный зуд,
мелькание «мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания

В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд.
Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает менеджером.

В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг.

В 16 лет установлен диагноз «сахарный диабет 1 типа», получает инсулин гларгин 32 Ед в сутки, инсулин аспарт по 8-10 Ед на основные приемы пищи, самоконтроль гликемии нерегулярный, последний визит к врачу-эндокринологу более года назад.

Перенесённые заболевания и операции: аппендэктомия в детстве.

Беременности – 1, роды –1 (масса тела ребенка при рождении – 3800 г).

Наследственность: у отца инфаркт миокарда.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питание включает продукты с большим количеством легкоусваиваемых углеводов, подсчет ХЕ не проводит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 174 см, масса тела – 51 кг, индекс массы тела – 16,8 кг/м², температура тела – 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Осмотр нижних конечностей: кожа чистая, сухая, пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон, чувствительность не снижена.

Вопросы

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

биохимический анализ крови

определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)

2. Необходимо провести следующие инструментальные методы обследования (выберите 2)

офтальмоскопию при расширенном зрачке
электрокардиографию

3. Пациентке необходимо оценить (выберите 2)

альбинурию

общий анализ мочи

4. С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

пролиферативная диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек OU

5. Рекомендации по изменению образа жизни включают

общее потребление белков, жиров и углеводов, не отличающееся от такового у здорового человека

6. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %

6,5

7. Для компенсации углеводного обмена пациентке показано

обучение в школе Диабета, самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, интенсифицированная инсулинотерапия

8. Для лечения диабетической ретинопатии показано

проведение лазеркоагуляции сетчатки

9. Пациентке с диабетическим макулярным отеком может быть показана терапия

ранибизумабом

10. Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)(1)

3

11. Проверка техники и осмотр мест введения инсулина должны проводиться не реже 1 раза в ____ месяцев

6

12. Вторичная профилактика диабетической ретинопатии у данной пациентки заключается в достижении уровня гликированного гемоглобина менее ____ %

6,5

Задача 120

На прием к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 72 лет.

Жалобы на отеки на ногах, одышку при обычной физической нагрузке, на сухость во рту.

Анамнез заболевания: росла и развивалась нормально, пенсионерка, перенесенные операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия в 42 года), периодически повышение артериального давления, максимально до 175 и 105 мм.рт.ст, регулярной гипотензивной терапии не получает.

Наследственность: у отца сахарный диабет 2 типа. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Сочно употребляет конфеты, торты, хлебобулочные изделия.

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

биохимический анализ крови

клинический анализ крови

общий анализ мочи

2. какое дополнительное исследование необходимо провести?

гликированный гемоглобин (HbA1c)

3. какие инструментальные исследования необходимо провести пациентке?

электрокардиографию

эхокардиографию

4. Какой диагноз?

Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек 2, A2.

Гиперлипидемия. Избыточная масса тела. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4.

Хроническая сердечная недостаточность 2A ст., ФК 2

5. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %
8,0

6. В качестве сахароснижающей терапии показано назначение

метформина и эмпаглифлозина

7. Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)

3

8. Пациентке необходимо рекомендовать проводить контроль глюкозы капиллярной крови _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

1 раз в сутки в разное время

9. Для лечения сопутствующей патологии показано назначени

лизиноприла, бисопролола, гипотиозида и розувостатина

10. При обследовании через 6 месяцев уровень HbA1c составил 8,4%. Пациентке показано назначение

гликлазида

11. Медикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в приеме

метформина

12. Немедикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в приеме

снижении массы тела и увеличении физической активности

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

Работает медсестрой

В течение 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 5 кг

6 лет назад выставлен диагноз артериальная гипертензия (повышение АД до 165/100, назначен валсартан 180мг)

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. Оценить соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи

4. **СЗБ, А2**

5. У пациентки из сопутствующей патологии присутствует **артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, Гиперлипидемия. Избыточная масса тела**

6. Рекомендации по изменению образа жизни

низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, ограничением животного белка, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела

7. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %
7,5

8. В качестве стартовой сахароснижающей терапии необходимо назначить **лираглутид**

9. Для лечения осложнений сд и сопутствующей патологии показано назначение **Индапамида, аторвастатина, валсартана**

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

11.6

12. 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).

Около года отмечается повышение артериального давления до 155/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает.

Перенесённые заболевания: простудные.

Наследственность: у деда сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курение.

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

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, масса тела – 105 кг, индекс массы тела – 33,5 кг/м², температура тела – 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 145/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Кожные покровы правой стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация тыльной артерии правой стопы снижена. На дистальной фаланге безымянного пальца правой стопы язвенный дефект 0,5×0,5 см без гнойного отделяемого, без эритемы. Снижена тактильная и

болевая чувствительность правой стопы.

Вопросы

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

гликированный гемоглобин (HbA1c)

биохимический анализ крови

бактериологическое исследование отделяемого раны

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

ультразвуковая доплерография нижних конечностей

рентгенография стоп

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма. Язвенный дефект IV пальца правой стопы.

4. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < _____ %

7,5

5. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.

6. Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают

отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ношение разгрузочного башмака

7. Для коррекции сахароснижающей терапии необходимо

добавить базальный инсулин

8. Пациенту с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы показаны

обработка раны и консультация сосудистого хирурга

9. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев

3

10. Через 6 месяцев после интенсификации сахароснижающей терапии у пациента уровень HbA1c составил 9,0 % . Пациенту необходимо

отменить алоглиптин, интенсифицировать и оптимизировать инсулинотерапию

11. Профилактика образования язвенных дефектов в области стопы заключается в **регулярном посещении кабинета диабетической стопы**

12. У пациента с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии необходимо осматривать места инъекции инсулина не реже 1 раза в _____ месяцев

6

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: курит.

Часто употребляет мучные и кондитерские изделия, сладкие газированные напитки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 168 см, масса тела – 79 кг, индекс массы тела – 28,2 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 125/88 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

13. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
 - **глюкоза плазмы натощак**
 - **гликированный гемоглобин (HbA1c)**
14. Какой предполагаемый основной диагноз?
 - **Сахарный диабет 2 типа**
15. После установки диагноза необходимо провести
 - **определение альбуминурии**
16. Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела
 - **низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)**
17. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %
 - **6,5**
18. В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается
 - **метформин**
19. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев
 - **3**
20. 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**
21. 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**
22. Целевой уровень холестерина ЛНП для пациентки составляет < _____ ммоль/л
 - **2,5**
23. Контролировать клинический анализ крови у больных с сахарным диабетом 2 типа без осложнений необходимо _____ раз/раза в год
 - **1**
24. 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.

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.

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

непролиферативная диабетическая ретинопатия OU

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 сах диабета и соп патологии показано лечение

аторвостатина, лозартана, индапамида

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

3

10. через 6 месяцев после начала терапии выявлен острый цистит. Пациентке необходимо

оставить прежнюю сахароснижающую терапию

11. Оценка микроальбуминурии, креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации при отсутствии изменений должна проводиться 1 раз 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 моксонидин 0,4 мг в сутки.

Наследственность: у отца – ожирение и сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питается нерегулярно, любит и часто употребляет фастфуд.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 176 см, масса тела – 113 кг, индекс массы тела – 36,5 кг/м², температура тела – 36,3°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 – 72 в минуту. АД – 128/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

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

- **глюкоза плазмы натощак**
- **гликированный гемоглобин (HbA1c)**

14. Какой предполагаемый основной диагноз?

- **Сахарный диабет 2 типа**

15. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

- **Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 ст.**

16. 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)**

17. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < _____ %

- **6,5**

18. В качестве приоритетного препарата сахароснижающей терапии необходимо назначить

- **лираглутид**

19. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев

- **3**

20. Пациенту необходимо проводить самоконтроль гликемии _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- **1 раз в сутки в разное время**

21. Для лечения артериальной гипертензии к эналаприлу целесообразно добавить

- **гидрохлортиазид**

22. Для диагностики наличия диабетической нефропатии пациенту необходимо

- **оценить альбуминурию**

23. Данному пациенту рекомендовано проведение самоконтроля артериального давления

- **2-3 раза в день**

24. Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерны

- **Микроаневризмы, мелкие интравитреальные кровоизлияния, твердые и мягкие экссудативные очаги**

Ситуационная 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

- 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: не отягощен.
- Вредные привычки: курит.

Анамнез жизни

- В течение трех месяцев после сильного психо-эмоционального стресса стала отмечать сердцебиение,

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**

Ситуационная задача 127

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 39 лет.

Жалобы

на

- головные боли,
- слабость.

Анамнез заболевания

- 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.

Анамнез жизни

- 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.

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. Предиктором 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**

Ситуационная 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

- Росла и развивалась нормально.

- Работает преподавателем в ВУЗе.

- Перенесенные заболевания: детские инфекции

- Беременности — 2, роды — 2.

- Наследственность: неотягощена.

- Аллергоанамнез: неотягощен.

- Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни

- 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

2. 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)

- **ультразвуковое 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**

Ситуационная задача 129

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 57 лет.

Жалобы

на

- похудание,
- плохой сон, раздражительность,
- сердцебиение,
- потливость.

Анамнез заболевания

- 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.

Анамнез жизни

- 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**.

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 сцинтиграфию 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 неделю/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

- **34 – 40**

Задача 130

Ситуация

На прием в поликлинику обратился мужчина 36 лет

Жалобы

- На постоянное повышение АД, максимально до 180/100, адаптирован к 150/90, 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

Вопросы

1. альдостерон/ренинового соотношения (АРС)
2. КТ надпочечников
3. Альдостерома левого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени
4. Лапароскопическая односторонняя адреналэктомия
5. Антагонистами минералокортикоидных рецепторов
6. Антагонистами минералокортикоидных рецепторов
7. Снижение остроты зрения
8. Отсутствие антиандрогенного эффекта
9. Обратимых сосудистых изменений, развившихся на фоне существовавшего гиперальдостеронизма
10. 4
11. 1-6 месяцев
12. 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 адаптирована к 160/90 , сопровождающиеся недомоганием, общей слабости

- на увеличение массы тела 75 до 96 кг за последние три – пять месяцев
- не регулярный менструальный цикл, отсутствие менструальных кровотечений на протяжении последних трёх месяцев, беременность отрицает
- периодически возникающие гнойничковые высыпания преимущественно на коже спины
- постоянно пониженный фон настроения, снижение трудоспособности

Ответы

1. Определение кортизола в слюне и уровень адренокортикотропного гормона утром
2. КТ надпочечников
3. Кортикостерома левого надпочечника. Синдром Иценко-Кушинга. Симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО очень высокий
4. Лапароскопическая односторонняя адреналэктомия
5. фуросемид и тиазидные диуретики
6. антагонисты рецепторов ангиотензина 2 и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
7. блокаторы медленных кальциевых каналов
8. антагонисты минералкортикоидных рецепторов
9. болезненная гинекомастия
10. отсутствие антиандрогенного эффекта
11. 2
12. со степенью риска ССО

Ситуационная 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

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

Анамнез жизни

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.

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 по изменению образа жизни должны включать

- **отказ от курения и физическую активность**

Ситуационная 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

- . пациент курит с 26 лет по 20 сигарет в сутки
- работает в офисе с документами

Анамнез жизни

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

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

•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

антибактериальный (амоксциллин/клавулановая кислота)

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 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

Ситуационная 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

пациентка курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день

- . ранее работала переводчиком, в настоящее время не работает
- . аллергоанамнез не отягощен

Анамнез жизни

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.

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. все норм)

1. Из лабораторных методов исследования в первую очередь необходимо провести (выбрать 3)

**общий анализ крови,
общий анализ мокроты,
бактериологическое исследование мокроты**

2. Из инструментальных методов исследования в первую очередь необходимо проведение (выберите 2)

**Рентгенография легких,
спирометрия с бронхолитической пробой**

3. Какой предварительный диагноз?

Рак верхушки правого легкого. Хронический бронхит. ДН0

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с **ХОБЛ и туберкулезом**

5. Пациенту требуется в первую очередь консультация **торакального хирурга, онколога**

6. Стадийность процесса определяется **размером и распространением опухоли, наличием метастазов**

7. После дообследования пациенту вероятнее всего будет показано назначение

химиотерапии

8. Госпитализация пациенту

показана в отделение торакальной хирургии

9. После радикального лечения показано динамическое наблюдение с обследованием в течении первого года каждые

3 месяца

10. С помощью 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, селезёнка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

1) Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза в первую очередь необходимо провести

общий анализ крови

2) Из инструментальных методов обследования в первую очередь для постановки диагноза необходимо проведение

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 индивидуальных средств защиты**

12) Поражение легких по типу альвеолита может вызывать **амиодарон**

Задача 137

Ситуация

Пациент 46 лет вызвала участкового врача на дом

жалобы

- на стойкое повышение температуры тела до 37,6°, 39-39,5 в вечерние часы, сопровождающиеся потрясающим ознобом, головной болью, ломотой в мышцах и суставах, выраженный общий слабостью, при снижении температуры - профузная потливость
- на одышку при умеренной повседневной нагрузке (поход в магазин, прогулка), усугубление одышки в положении лёжа на спине
- на выраженная похудении на 8 кг за 1 месяц
- высыпания на коже груди и ног, не сопровождающиеся зудом и шелушением.

Ответы

1. бактериологическое исследование крови

2. трансторакальное эхокардиографическое исследование

3. 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 IIА степени по NYHA. Гепатолиенальный синдром

4. трехкратное взятие образцов крови из периферической вены (10мл) с интервалом в 30 минут

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

6. 48-72

7. офлоксацин + гентамицин

8. результат пробы на чувствительность к антибиотикам

9. от 2 до 6 недель

10. Нормализацию температуры, отсутствие роста бактерий при повторном посеве крови, положительную динамику данных ЭХО-КГ

11. высокого риска

12. 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
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

Задача139

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

Ситуация

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

Ответы

1. Клинический анализ крови

Б/х крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина

2.Экг в покое

Экг в пробе с дозированной физической нагрузкой

ЭхоКГ и стресс-ЭхоКГ

3.ИБС: стабильная стенокардия 2 ФК

4. Связь с физической нагрузкой

5. Амбулаторное лечение комбинированной антиишемической терапией

6. нитроглицерин

7. Кардиоселективных бета-адреноблокаторов

8. Статины

9. АВ-блокада 2-3 ст.

10. антиагреганты +бета-адреноблокаторы + статины

11. возраст

12. 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. стресс-метод визуализации миокарда

3. ИБС. Стенокардия напряжения 1 ФК

4. гипертонической болезнью 3 стадии, 2 степени, ожирением 2 степени, дислипидемией, наследственностью

5.антиагреганты, гиполипидемические средства, анг АПФ

6. В-адреноблок или блок Са-каналов(длительного действия)

7.продолжительных нитратов

8.75-150

9. 1,8 и 1,8

10. инг АПФ + недигидропиридиновый антагонист медленных Са-каналов или в-блокатор

11. 2

12. врачом-терапевтом, врачом терапевтом цехового врачебного участка, врачом овп

Задача 142. 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.

На периодическое повышение артериального давления, максимально до 200/180 мм рт ст, адаптирован к 140/80 мм рт ст

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

13. ОАК, креатинин, СКФ, анализ липидного спектра крови натощак.
14. Инвазивную коронароангиографию
15. ИБС. Атеросклероз коронарных артерий, до 75%. Стенокардия напряжения 3 ФК
16. ГБ 3 стадии, 3 степени, избыточная масса тела, дислипидемия, наследственность, длительный анамнез употребления табака
17. J44.9 – хобл неуточненный
18. Антиагреганты, гиполипидемические средства, инги АПФ
19. В-адреноблок или блокаторы медл Са каналов
20. Пролонгированных нитратов
21. 75-150
22. 1,5 и 1,5
23. Инг АПФ + селек В-адрблок
24. 3 (в случае обострения или стабильного течения...)

Задача 143

Ситуация

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 и чрезмерной физической нагрузки и нервного перенапряжения;
- на ощущение учащенного сердцебиения, при самостоятельном измерении частота пульса - 105 уд\мин;
- на снижении работоспособности, ощущение беспокойства и беспричинной тревоги;
- на выраженную потливость

Ответы

1.

- 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. - ультразвуковое исследование надпочечников, при обнаружении признаков новообразования - компьютерная томография брюшной полости.

3. Феохромоцитома правого надпочечника, пароксизмальная форма, с частыми гипертоническими кризами средней тяжести.
4. альфа- и бета-адреноблокаторов.
5. назначение бета-блокаторов только после достижения альфа-адреноблокирующего действия.
6. доксазозин + атенолол.
7. строгий постельный режим в течении 2-3 дней.
8. 7.
9. уменьшение количества кризов и амплитуды повышения артериального давления.
10. хирургический - правосторонняя адреналэктомия.
11. 2-4.
12. 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 познাবливало весь день, а к вечеру появились боль в боку и кашель с трудноотделимой мокротой ржавого цвета. На следующее утро вызвал врача на дом. Анамнез жизни хронических заболеваний нет не курит, алкоголем не злоупотребляет

профессиональных вредностей не имеет аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы Объективный статус Состояние средней тяжести. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела 38,80С. Кожные покровы влажные, теплые, лихорадочный румянец на лице. Herpes labialis. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Справа ниже угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, там же выслушивается бронхиальное дыхание и крепитация. Справа по задней подмышечной линии выслушивается нежный шум трения плевры. ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня, мочеиспускание свободное.

Вопросы

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят **общий анализ крови**
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является **обзорная рентгенография легких в двух проекциях**
3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле справа

4. Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в **амбулаторных условиях(на дому)**
5. Пациенту показано назначение **кларитромицина 0.5 г 2 раза в сутки**
6. Предпочтительным путем введения препарата данному пациенту является **энтеральный**
7. Повторный осмотр пациента для определения эффективности лечения необходим через **48-72 часа**
8. К критериям эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала относят **снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки**
9. 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-гнойной мокроты

Инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке и в покое

объективный статус:

состояние средней тяжести. Вес 74 кг, рост 175 см, температура 38. Цианоз губ, кожные покровы горячие на ощупь, повышенной влажности. Чсс 110, ад 90/65 мм.рт.ст., сатурация 90

1.ОАК,

общ анализ мокроты

2.рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях

Экг

3. внебольничная нижнедолевая пневмония с поражением правого легкого, тяжелое течение. ДН

4.CURB-65

5.инфильтративный туберкулез легких

6. в отделении реанимации и интенсивной терапии

7. амоксициллина клавунолат и макролид

8. НПВС

9. снижение температуры, 48-72часа

10. респираторных фторхинолонов с цифалоспаринами 3 пок

11.внутривенным

12 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

Кондитер

Курит в течение 25 лет по пачке сигарет в сутки, алкоголь не употребляет

Анамнез

Считает себя больным в течении 4 дней, когда после переохлаждения внезапно стала повышаться температура тела до 37.5....

Объективный статус :

Вес 94, рост 170, темп 38.3 чдд 20, чсс100, ад 130/80

13. Оак

14. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях

**15. Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого
нетяжелое течение**

16. Интоксикационного синдрома

17. Опухоль легкого

18. Ингибиторозащищенные аминопенициллины

19. Ведение в амбулаторных условиях

20. Начинается как можно раньше после установления диагноза пневмония

21. Снижение т тела, уменьшение интоксикации улучшение общего самочувствия

**22. Пересмотр тактики лечения и повторная оценка целесообразности
госпитализации пациента**

23. 7-10

**24. Сонливость или беспокойство, спутанность сознания, анорексия, тошнота
рвота**

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:

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.

Статус:

Средней тяжести. вес 78, рост 185, температура 38,5

13. Клинический анализ крови
14. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
15. Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле левого легкого
нетяжелое течение
16. Туберкулез легкого
17. Аминопенициллины(амоксиклав)
18. Ведение пациента в амбулаторных условиях
19. НПВС
20. 48-72
21. Снижение температуры тела
22. *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*
23. Аспирацией
24. Миокардит

Задача 149

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 33 лет

Жалобы

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

Ответы

1. Клинический анализ крови

Анализ кала на скрытую кровь

2. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с прицельной биопсией

3. Язвенная болезнь желудка, обострение

4. IgA, IgM, IgG к *H. pylori*

5. раком желудка

6. 1

7. ингибиторы протонной помпы

8. 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. не ранее чем через 2-3 месяца после стихания обострения

10. 21-25

11. 1

12. 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 физ нагрузке
- Дрожь в руках
- Потливость
- Слабость, быструю утомляемость

1. Клинический анализ крови, Б\х крови, тиреотропный гормон и гормоны щитовидной железы

2. Электрокардиограмма ; ЭХОКГ; суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ щитовидной железы.

3. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз. Тиреотоксическая кардиомиопатия. Нарушение ритма сердца: персистирующая фибрилляция предсердий. Артериальная гипертензия 2 ст. риск 4 (очень высокий). Хроническая сердечная недостаточность III функционального класса по NYHA. Тиреотоксическая офтальмопатия.

4. CHA₂DS₂VASc

5. Кадиеэмболический инсульт

6. Прямых пероральных антикоагулянтов или варфарина под контролем МНО

7. Отказ от восстановления ритма ,назначение ритм-урежающей и антикоагулянтной терапии.

8. Комбинация ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов ,антагонистов минералокортикоидных рецепторов и петлевых диуретиков

9. Гиперкалиемии

10. Тиамазола(мерказолола)

11. Хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоидом

12. 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

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.

Анамнез жизни

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.

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 9х8х6см. Нижний край печени мягкий, острый, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Неврологической симптоматики нет.

Ответы:

13. БХ, ОАМ

14. ЭХОКГ

15. Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск очень высокий. Хроническая болезнь почек С4, А3

16. Гипертрофия левого желудочка

17. Гиперлипидемия

18. УЗИ сонных артерий

19. Сочетание с назначением комбинации двух антигипертензивных препаратов

20. Лизиноприл и фуросемид

21. Отказ от курения

22. 130-139/70-79

23. Ограничение поваренной соли

24. НПВС

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

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.

Ответы:

13. Развернутый анализ крови с определением гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитарной формулы. Липидограмма
14. ЭКГ покоя в 12 отведениях, нагрузочные пробы: велоэргометрия или тредмилл-тест, ЭКОКГ трансторакальная
15. ИБС: стабильная стенокардия напряжения 2 ФК
16. Курение
17. Неэффективности оптимальной медикаментозной терапии
18. Нитраты короткого действия
19. Бета-адреноблокаторы
20. 55-60
21. Ацетилсалициловую к-ту (Аспирин) в низких дозах 75-150 мг/сут
22. Эзетимиб
23. Невозможно
24. 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.

Ответы:

13. Определение уровня С реактивного белка. Определение антител IgA IgG к тканевой транскламиназе-2
14. Колоноскопия с биопсией слизистой оболочки при необходимости
15. Синдром раздраженного кишечника с диареей
16. Избегать прием пищи в спешке, в процессе работы
17. Спазмолитики
18. Лоперамида гидрохлорид
19. Диоктаэдрический смектит
20. Отягощенная наследственность
21. Ограничение употребления продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания
22. Не разработана
23. Бристольская шкала
24. 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:

Ответы:

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

- ЭКГ
- суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру

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

- оценку имеющейся ЭКГ
- Ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ)
- Определение мозгового натрий-уретического пептида

15. На представленной ЭКГ имеется

- АВ-блокада I степени, полная блокада ПНПГ, желудочковая экстрасистолия 2-х морфологий

16. Снижение толерантности к физической нагрузке у данного пациента обусловлено

- Хронической сердечной недостаточностью

17. Исключить ХОБЛ у пациента с длительным анамнезом курильщика можно посредством

- Оценки модифицированного индекса Тиффно

18. В связи с наличием ХСН пациенту необходимо назначить

- Бета-адреноблокаторы

19. Кроме бета-адреноблокаторов пациенту показаны

- Ингибиторы АПФ

20. Нарушения ритма сердца, выявленные у пациента являются

- Потенциально злокачественными

21. Пациенту с желудочковой экстрасистолией, ИБС и ХСН в качестве антиаритмических препаратов показано назначение

- Бисопролола

22. Модификация диеты пациента должна включать ограничение

- Поваренной соли

23. Немодифицируемым фактором риска у данного пациента является

- Пол

24. Мероприятия по изменению образа жизни у данного больного должны включать
- Регулярные дозированные физические нагрузки

Задача №155

Больной А. 44 года осматривался 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.

1. Скрининговыми методами являются
 - Биохимический анализ крови
 - Общий анализ мочи
2. Необходимыми инструментальными исследованиями
 - ЭКГ в покое в 12 отведениях
3. Диагноз
 - ГБ 2 стадия, 2 степень, риск высокий
4. Поражения органов-мишеней
 - Гипертрофия левого желудочка
5. К метаболическим нарушениям
 - Ожирение
6. К дополнительным инструментальным методам
 - Эхокардиография
7. Тактика
 - Сочетание с назначением фиксированной комбинации 2 антигипертензивных препаратов
8. Предпочтительнее назначить
 - Лизиноприл+амлодипин
9. Немедикаментозные
 - Регулярные физические аэробные нагрузки
10. Целевые показатели
 - 120-130\70-79
11. Диета
 - Ограничение потребления поваренной соли
12. Контроль достижения:
 - Проведение ежедневного домашнего самоконтроля АД.

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 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: неотягощен. Перенесенные заболевания: холецистэктомия по поводу желчно-каменной болезни более 15 лет назад, пневмония в прошлом году.

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.

13. 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
14. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)
 - суточное мониторирование ЭКГ
 - эхокардиография
15. Какой диагноз можно поставить данному больному?
 - ИБС: Постинфарктный кардиосклероз
16. К осложнениям у пациента относится
 - ХСН 2Б стадии
17. У пациента диагностирована аритмия
 - частая желудочковая экстрасистолия
18. Для лечения ХСН больному показано назначение
 - иАПФ
19. Для лечения желудочковой экстрасистолии этому больному показано назначение
 - бета-блокаторов + амиодарона

20. Абсолютным противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является
- Атриовентрикулярная блокада 3 степени
21. Сочетанной патологией, которая выявлена у пациента, является
- сахарный диабет 2 типа
22. При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг
- АлТ, АсТ
23. Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является
- гликозилированный гемоглобин
24. 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.

13. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются
- Общий анализ крови
 - биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АлТ, АсТ, глюкозы, мочевины, креатинина

14. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются
- **Суточное мониторирование ЭКГ,**
 - **эхокардиография**
15. Какой диагноз
- **ИБС: Стенокардия напряжения II ф.к**
16. К осложнениям основного заболевания у пациента относится
- **ХСН II ф.к. по NYHA**
17. У пациента имеется нарушение ритма сердца
- **Пароксизмальная форма ФП**
18. Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является
- **Бета-блокатор, антикоагулянты, статины**
19. Для профилактики пароксизмов ФП этому больному показано назначение
- **Соталола**
20. К новым оральным антикоагулянтам, используемым для профилактики тромбоэмболических осложнений при ФП, относят
- **Дабигатран**
21. Для лечения ХСН больному показано назначение
- **Ингибиторов АПФ**
22. При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг
- **АлТ, АсТ**
23. При назначении варфарина для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных ФП необходимо определять уровень
- **МНО**
24. 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. Перенесенные 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 бета2-агонистов

5. Для лечения бронхиальной астмы у данной пациентки целесообразно назначить

- комбинация ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе + бета2-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 Е 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 бета2-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 аллергоспецифических иммуноглобулинов Е к пищевым аллергенам
10. При аллергии 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 аллергической бронхиальной астмы, с уровнем общего иммуноглобулина Е 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 аллергоспецифических иммуноглобулинов Е к пыльцевым, бытовым и грибковым аллергенам.

5. В качестве базисной терапии бронхиальной астмы у данной пациентки необходимо назначить
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + длительно действующие бета2-агонисты
6. Для данной больной подойдет режим единого ингалятора, он зарегистрирован для препарата
- будесонид + формотерол в виде дозированного порошкового ингалятора (турбухалер)
7. Для сенсibilизации 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 №161

Женщина 80 лет вызвала участкового врача-терапевта на дом.

Жалобы: На повышение АД до 220/110 мм.рт. ст., сопровождающееся головной болью, слабостью, головокружением.

Анамнез заболевания Повышение АД в течении 20-30 лет. Неоднократно госпитализировалась по данному поводу, проводилось обследование и лечение . Со слов больной была диагностирована ГБ. Принимала различные комбинации антигипертензивных препаратов с положительным эффектом. Однако ,при стабилизации цифр АД дальнейшим прием лекарственных препаратов прекращался. Последние 2

месяца в качестве антигипертензивной терапии принимала различные настойки без эффекта. Около 14 дней АД колеблется в пределах 170-200/100 мм. рт.ст.

- 1) ОАК, Определение уровня глюкозы крови натощак ,калия и натрия в сыворотке крови ,креатинина крови с послед.расчетом СКФ, определение липидного профиля.
- 2) Самостоятельно измерение АД, ведение дневника контроля АД.
- 3) Гипертоническая болезнь 3 стадии ,3 степени ,очень высокий риск СС осложнений
- 4) Ожирение 3 степени , сд 2 типа, дислипидемию , наследственность
- 5) E14-сахарный диабет II типа
- 6) Изменение образа жизни и назначение медикаментозной терапии
- 7) 130/80
- 8) Альфа-адреноблокаторы
- 9) Периндоприл
- 10) 3
- 11) 3-4
- 12) 3

Задача №162

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 40 лет

Жалобы: На головные боли ,мелькание мушек перед глазами при физической нагрузке

При медицинском освидетельствовании для оформления справки в ГИБДД зарегистрировано АД 180/100

- 1) ОАК,ОАМ, БХ с определением глюкозы плазмы крови (натощак),общего холестерина,ЛПНП ,ЛПОНП ,ЛПВП ,триглицеридов ,креатинина (с расчетом СКФ),натрия,калия
- 2) Электрокардиография,Эхокардиография
- 3) ГБ II стадии ,3 степени ,высокого риска
- 4) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в стадии ремиссии, хроническое течение.
- 5) Гиперлипидемия 2 а типа
- 6) Рекомендация по коррекции образа жизни и назначении лекарственной терапии
- 7) Комбинации из минимум 2х препаратов
- 8) Ингибиторов АПФ и антагониста кальция
- 9) Ингибиторов АПФ
- 10) 140/90
- 11) Коррекцию факторов риска
- 12) Отказ от курения,ограничение употребления поваренной соли.

Задача №163

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 63 лет

Жалобы

кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой, экспираторная одышка в покое, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке, общая слабость, повышенное потоотделение, субфебрильная температура, отеки голеней и стоп

Анамнез заболевания

пациентка курила на протяжении 28 лет по 1-1,5 пачки сигарет в сутки, работала в химической промышленности, в условиях воздействия органических веществ, в настоящее время не работает, аллергоанамнез не ОТЯГОЩЕН

Анамнез жизни

С детства пациентка часто страдала острыми респираторными заболеваниями, характеризовавшимися затяжным течением. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу повторных пневмоний. В течение последних 15 лет беспокоит постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, затем появилась одышка. В течение последних 1,5 - 2 лет возникли отеки на ногах. Лечение ранее не получала, к врачам не обращалась. Настоящее ухудшение около 1 недели назад, связано с ОРВИ, на фоне которой усилились кашель и одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты

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

- Клинический анализ крови
- цитологический анализ мокроты
- микробиологическое исследование мокроты

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

- функция внешнего дыхания
- рентгенография органов грудной клетки

3. Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики (выберите 3)

- электрокардиография
- трансторакальная эхокардиография
- пульсоксиметрия

4. У пациентки с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- пневмонией, обострением хронического бронхита, ХОБЛ

5. Основной диагноз можно сформулировать как

- Хроническая обструктивная болезнь легких III степени нарушения бронхиальной проходимости, с выраженными симптомами, в фазе обострения

6. Как осложнения основного заболевания у пациентки развились

- дыхательная недостаточность и правожелудочковая сердечная недостаточность

7. Причиной выявленных изменений в общем анализе крови служит развитие
 - вторичного эритроцитоза
8. Для лечения обострения заболевания необходимо назначить
 - бронходилататор короткого действия (беродуал) через нейбулазер
9. Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить
 - муколитический(N-ацетилцистеин) и антибактериальный препарат(амоксицилин/клавуланат)
10. После проведенного лечения у пациентки купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить
 - бета2-адреномиметик длительного действия и М-холинолитик длительного действия
11. В качестве лечения осложнений основного заболевания необходимо назначить
 - длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
12. Необходимо предусмотреть вакцинацию против
 - гриппа

Задача №164

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое, эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение, тяжесть в правом подреберье, отеки голеней и стоп, слабость, повышенную утомляемость, уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Работал токарем. С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил. Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

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

- клинический анализ крови
- Биохимический анализ крови

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

- ЭКГ в покое
- Эхо-КГ

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

- ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%. IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.

4. С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя

- мозгового натрийуретического пептида(МНУП)

5. Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больному показано проведение

- теста 6-минутной ходьбы

6. Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

- ингибиторами АПФ

7. Диетические рекомендации для данного больного должны включать

- ограничение потребления соли и жидкости

8. Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов

- диуретиков, антагонистов минералкортикоидных рецепторов

9. В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

- тяжелая декомпенсация ХСН

10. Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

- петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)

11. У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

- СКФ

12. При уменьшении явлений декомпенсации ХСН, но при сохраняющейся синусовой тахикардии данному пациенту со сниженной ФВ ЛЖ с целью уменьшения ЧСС противопоказано назначение

- верапамила и дилтиазема

Задача №165

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при небольшой физической нагрузке - ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону.

Анамнез жизни

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

Анамнез заболевания

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

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

- клинический анализ крови
- биохимический анализ крови с определением липидного профиля....

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

- ЭКГ в 12 отведениях
- Эхо-КГ

3. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больному может быть установлен диагноз
- ИБС: стенокардия IV ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска ССО. Атеросклероз коронарных артерий. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.
4. Изменением на ЭКГ, выявленным у данного больного, является
- полная блокада левой ножки пучка Гиса
5. Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются
- мужской пол, возраст
6. Наряду с устранением симптомов заболевания, основной целью медикаментозной терапии у данного больного является
- профилактика сердечно-сосудистых событий
7. С учетом сохранения приступов стенокардии малых нагрузок, несмотря на адекватную антиангинальную терапию, пациенту показано
- проведение диагностической коронарографии
8. Диетические рекомендации больного должны включать ограничение
- жирных сортов мяса
9. Основным средством коррекции дислипидемии у больного является прием
- статинов
10. Целевым уровнем ХсЛНП у больного, страдающего стабильной ИБС и принимающего статины, является
- <1,4 ммоль/л
11. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии являются
- короткодействующие нитраты
12. При невозможности назначения бета-адреноблокаторов (в связи с наличием противопоказаний) препаратами выбора для профилактики приступов стенокардии у больных ИБС являются
- верапамил и дилтиазем

Задача №166

Больная Ж., 73 лет, обратилась в поликлинику

Жалобы

- на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках,
- сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина,
- перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
 - Работала директором фабрики до 65 лет
 - Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец ХОБЛ.
25. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
- **Клинический анализ крови**
 - **Биохимический анализ крови с определением липидного профиля....**
26. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
- **ЭКГ в 12 отведениях**
 - **Эхо-КГ**
27. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больной может быть установлен диагноз
- **ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий, перманентная форма. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. ХСН I ст., III ФК NYHA. Ожирение 2 ст.**
28. На ЭКГ у данной больной выявляется
- **Трепетание предсердий с неправильным (вариабельным) проведением. Гипертрофия левого желудочка**
29. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются
- **Короткодействующие нитраты**
30. Терапия ИБС, страдающей гипертонической болезнью, и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами и бета-адреноблокаторами и статинами должна включать
- **Ингибиторы АПФ**
31. Диетические рекомендации у данной больной, страдающей ИБС и сахарным диабетом
- **Ограничение насыщенных жирных кислот и легкоусваиваемых углеводов**
32. Целевые значения ЛПНП у данной больной
- **Менее 1,4 ммоль/л**
33. У данной больной при назначении ей бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта
- **Гипогликемия\сокрытие признаков гипогликемии**
34. При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение
- **Чрезкожного коронарного вмешательства**
35. Для максимальной профилактики рестеноза на месте чрезкожного коронарного вмешательства у больной целесообразно использование
- **Стентов с лекарственным покрытием**
36. Неблагоприятным побочным эффектом коронароангиографии со стороны почек у больной с сахарным диабетом и гипертонической болезнью
- **Прогрессирование ХБП**

Задача №167

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

- Одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
- Слабость, повышенную утомляемость,
- сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

- Родился и развивался нормально, служил в армии
- Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет
- Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.

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

Клинический анализ крови

Биохимический анализ крови

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

ЭКГ в покое

Эхо-КГ

15. Какой предполагаемый основной диагноз?

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% ПА, III ФК NYHA

16. Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у данного больного?

Признаки ГЛЖ

17. Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

Блокаторы рецепторов ангиотензина II

18. Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

Блокаторы рецепторов ангиотензина II+бета-адреноблокаторов+антагонисты минералокортикоидных рецепторов

19. Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН

Ограничение потребления соли и жидкости

20. Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии

Амлодипин

21. Побочный эффект, возникновение которого ожидаемо у данного больного на фоне терапии бета-блокаторами

Импотенция

22. Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН могут способствовать

Физические тренировки

23. Для объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

ШОКС

24. Мероприятия по коррекции образа жизни, соблюдение которого не является обязательным для данного больного

Отказ от любых видов физических нагрузок

Задача №168

Больная З., 82 лет, поступила в кардиологическое отделение

Жалобы

- Боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- Одышку при бытовых физ нагрузках, слабость, повышенную утомляемость,
- Сердцебиение.

Анамнез жизни:

- Росла и развивалась нормально.
- Пенсионерка, в прошлом преподаватель ВУЗа
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ
- Отец и мать умерли от онко
- Вредных привычек нет

Анамнез заболевания: боли за грудиной беспокоят около 15 лет

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

Клинический анализ крови

Биохимический анализ крови с определением электролитов...

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

ЭКГ в покое

Эхо-КГ

15. Какой предполагаемый основной диагноз?

Основное: ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий.

Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 40%, ПА ст. по Стражеско, III ФК NYHA.

16. Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у данной больной

Трепетание предсердий с правильным проведением. Гипертрофия левого желудочка.

17. Основной патогенетической терапией ХСН у данной больной является

Ингибиторы АПФ

18. Для оценки риска:

CHA2DS2-VASc

19. Стратегия терапии нарушения ритма сердца у данной больной

Контроль ЧСС

20. Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий

Сердечные гликозиды (Дигоксин)

21. Больной показана терапия дигоксином:

Эффективности и безопасности препарата

22. Диетические рекомендации для больной включают

Ограничение потребления соли и жидкости

23. Наиболее вероятным механизмом появления систолического шума на митральном клапане у данной больной является

Относительная недостаточность митрального клапана

24. Какой препарат, обладающий пульурежающим действием, противопоказан больной

Верапамил

Задача №169

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие при покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась нормально.
- Домохозяйка
- Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец - раком легких.

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

Клинический анализ крови

Биохимический анализ крови

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

ЭКГ в 12 отведениях

Эхо-КГ

15. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больной может быть установлен диагноз

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.

16. На ЭКГ у данной больной выявляется

Признаки гипертрофии левого желудочка

17. Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

Короткодействующие нитраты(нитроглицерин)

18. Стандартная терапия ИБС, страдающей гипертонической болезнью, и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами и бета-адреноблокаторами и статинами должна быть усилена

Ингибиторами АПФ

19. В пищевом рационе больной целесообразно увеличить содержание

Свежих фруктов и овощей

20. Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови с определением

Уровня креатинина с расчетом СКФ

21. Побочным эффектом, возникновению которого возможно у данной больной на фоне терапии бета-адреноблокаторами, является

Брадикардия

22. Для уточнения диагноза ИБС при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке, необходимо проведение

Проб с дозированной физической нагрузкой

23. В качестве дополнительного фактора риска неблагоприятного прогноза ИБС у данной больной следует рассматривать
Сахарный диабет
24. В случае непереносимости бета-адреноблокаторов в качестве антиангинальных препаратов у данной больной могут быть использованы
Антагонисты кальция

Задача №170

Больной В., 53 лет обратился к врачу-кардиологу поликлиники

Жалобы

На сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок – быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально, служил в армии
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит
- Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет.
- Работает водителем-дальнобойщиком

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

Клинический анализ крови

Биохимический анализ крови

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

ЭКГ в 12 отведениях

Эхо-КГ

15. С учетом жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больной может быть установлен диагноз

ИБС: стенокардия напряжения I ФК. Ожирение I ст.

16. Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение

Проб с дозированной физической нагрузкой

17. Тактика лечения данного больного должна включать

Комбинированную терапию бета-блокатором в адекватной дозе, аспирином, статинами

18. Доза аспирина, которую следует назначить данному больному составляет
75-100 мг\сут

19. Для уменьшения ulcerогенного эффекта аспирина, назначаемого пациенту с хроническим гастритом, рекомендуется

Использовать ингибиторы протонной помпы

20. Коррекция рациона больного должна заключаться в

Увеличении количества пищевых волокон

21. Препаратами выбора для коррекции дислипидемии у больного являются

Статины

22. Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать у больного после начала терапии, является
Повышение активности печеночных трансаминаз
23. Неинвазивным методом визуализации, который можно использовать для уточнения наличия и выраженности коронарного атеросклероза у больного
MPT-ангиография коронарных артерий
24. Для оценки суммарного сердечно-сосудистого риска смертельных осложнения в течение ближайших 10 лет у данного больного целесообразно использование шкалы
SCORE

Задача №171

Больной Б., 46 лет обратился к врачу в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, низкую толерантность к физическим нагрузкам – при быстрой ходьбе появляется чувство давления за грудиной и одышка, которые в покое проходят в течение 5-10 минут, периодические головокружения, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время отмечал изменения вкуса и обоняния.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, гепатит А, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает офисным служащим.

Питание полноценное, нерегулярное.

13. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)
Клинический анализ крови
Уровень сывороточного железа
Уровень витамина В12 в сыворотке крови
Анализ кала на скрытую кровь
14. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
ЭГДС
Колоноскопия
ЭКГ
15. Какой предполагаемый основной диагноз?
Основной: железодефицитная анемия средней степени тяжести. Фон: Язвенная болезнь желудка вне обострения. Резекция желудка по Бильрот II по поводу желудочного кровотечения из язвенного дефекта (2015г)
16. Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного является проведенная несколько лет назад резекция и
Несоблюдение врачебных рекомендаций (пациент не принимал препараты железа)
17. Критерием для определения степени тяжести железодефицитной анемии является
Уровень гемоглобина
18. Для лечения данного больного необходимо назначить
препараты железа
19. Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является

Парентеральный

20. Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 3-5 сутки определяют **Количество ретикулоцитов**
21. Показаниями для парентерального приема препаратов железа являются нарушение всасывания (Различные энтериты...) и **Непереносимость оральных препаратов железа**
22. Критерием эффективности лечения ЖДА препаратами железа **Нормализация концентрации сывороточного ферритина**
23. Для анемического синдрома патогномичным симптомом является **Тахикардия**
24. Развитие анемического синдрома обуславливает **Гемическая гипоксия**

Задача №172

Больной Б., 38 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время также стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет.

Питается нерегулярно.

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

Клинический анализ крови

Исследование обмена железа

Анализ кала на скрытую кровь

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

ЭГДС

Колоноскопия

15. Какой предполагаемый основной диагноз?

Железодефицитная анемия легкой степени тяжести алиментарного генеза

16. Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного

Неполноценное питание

17. Критерием для определения степени тяжести железодефицитной анемии является

Уровень гемоглобина

18. Тактика ведения данного пациента обязывает назначить

Назначить препараты железа

19. Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является

Пероральный

20. Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 5-7 сутки определяют

Количество ретикулоцитов

21. Показаниями для парентерального приема препаратов железа являются
Резекция желудка и/или двенадцатиперстной кишки
22. Одним из основных принципов лечения железодефицитной анемии является
Долгое лечение пероральными препаратами железа
23. Патогномоничным симптомом для анемического синдрома является
Тахикардия
24. К симптомам, патогномоничным для сидеропенического синдрома, относят
Сухость кожи, ломкость и выпадение волос

Задача №173

На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 35 лет

Жалобы

- Похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон,
- сердцебиение,
- потливость.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
 - Работает архивариусом
 - Перенесенные заболевания: инфекционный паротит
13. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т₄св.), свободный трийодтиронин (Т₃)
Антитела к рецептору тиреотропного гормона (АТ к рТТГ) сыворотки крови
Антитела к рецептору тиреотропного гормона
 14. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)
Ультразвуковое исследование щитовидной железы
ЭКГ
 15. Какой предполагаемый основной диагноз?
Диффузный токсический зоб 1 ст. по ВОЗ. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз.
 16. Перед назначением лечения пациентке необходимо исследовать биохимию крови с оценкой печеночных трансаминаз, билирубина и
Клинический анализ крови
 17. Пациентке необходимо назначить
Тиамазол 30 мг, анаприлин 120- мг в сутки
 18. Пациентка обратилась через 2 недели после начала терапии с жалобами на боль в горле и повышение температуры до 38,2. Тактика
Отмена тиамазола, срочном назначении клинического анализа крови
 19. Получены результаты клинического анализа крови: абс. Количество нейтрофилов – 0.4.x10⁹. Тактика
Госпитализация

20. Пациентка выписана из гематологического отделения в удовлетворительном состоянии, в клиническом анализе – нормальная формула крови, предъявляет жалобы на сердцебиение, потливость, дрожь в теле.

Необходимо направить на радикальное лечение

21. При планировании хирургического лечения тиреотоксикоза операцию рекомендуется провести в объеме

Тиреоидэктомия

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

23. Для снижения риска развития эндокринной офтальмопатии следует рекомендовать

Отказаться от курения

24. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после оперативного лечения диффузного токсического зоба составляют _ (в днях)
40-50

Задача №174

На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 26 лет

Жалобы на

- Выпадение волос на голове,
- сердцебиение,
- потливость.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Является домохозяйкой
- Перенесенные заболевания: детские инфекции

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

Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (t4), свободный трийодтиронин (Т3)

Антитела к тиреоидной пероксидазе и рецептору ТТГ

14. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 1)

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

15. Какой предполагаемый основной диагноз?

Послеродовой тиреоидит, тиреотоксическая фаза.

16. Пациентке необходимо

Динамическое наблюдение

17. В качестве симптоматической терапии тиреотоксикоза пациентке могут быть назначены

Неселективные бета-адреноблокаторы

18. Пациентка вернулась на прием через 4 месяца, после периода улучшения самочувствия появились сонливость, апатия. После обследования выявлено: ТТГ – 7,6 мед\л, Т4 – 18 (норма 10.8-22). У пациентки имеет место

Субклинический гипотиреоз

19. Учитывая наличие субклинического гипотиреоза пациентке необходимо рекомендовать
Контроль ТТГ, Т4 св. в динамике
20. ТТГ и Т4 свб. Необходимо проконтролировать через
3-6 месяцев
21. Пациентка вернулась через 6 месяцев. Жалоб нет. При обследовании ТТГ 1.2, Т4 19.
У пациентки имеет место
Спонтанная ремиссия
22. Послеродовой тиреоидит имеет
Аутоимунную этиологию
23. Заместительная терапия левотироксином натрия в случае субклинического гипотиреоза показана при повышении уровня ТТГ в крови более
10
24. Какую рекомендацию по употреблению йода можно дать пациентке с учетом диагноза и физиологической лактации?
200 мкг йодида калия ежедневно

Задача №175

На прием к участковому терапевту обратился пациент 29 лет

Жалобы на

- Сухость кожи,
- сонливость.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает водителем
- Перенесенные заболевания: гепатит А в детстве

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

Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (т4)

Антитела к тиреоидной пероксидазе ,антитела к тиреоглобулину

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

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Аутоиммунный тиреоидит с зобом 1 ст. Первичный субклинический гипотиреоз.

4. Пациенту необходимо рекомендовать

Повторить ТТГ, Т4 св., через 3 месяца

5. При повторном исследовании через 3 месяца ТТГ 12.1 (норма 0,4-4), Т4 св. 8.1. (норма 10.9-22). Пациентку необходимо назначить левотироксин натрия в расчетной дозе

125

6. Контроль лечения проводится по уровню

ТТГ

7. Определение уровня ТТГ необходимо провести через 8 недель

7. Определение уровня ТТГ необходимо провести через

8 недель

8. При обследовании через 8 недель ТТГ 1.8, необходимо рекомендовать

Продолжить проводимую терапию

9. Вследствие хронической передозировки левотироксина может развиваться

Остеопороз

10. После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

1 раз в год

11. Исследование динамики содержания циркулирующих антител к щитовидной железе при аутоиммунном тиреоидите для оценки его прогрессирования

Не проводят

12. Прием антацидов может снижать абсорбцию левотироксина натрия в кишечнике, что потребует увеличения его дозы:

Антацидов

Задача № 176

На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 37 лет

Жалобы на

- Сухость кожи,
- Сонливость,
- Ломкость ногтей, выпадение волос.

Анамнез заболевания

- Работает бортопроводницей
- Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 14 лет
- Наследственность неотягощена

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

Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (т4)

Антитела к тиреоидной пероксидазе, антитела к тиреоглобулину

14. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 1)

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

15. Какой предполагаемый основной диагноз?

- Аутоиммунный тиреоидит с зобом 1 ст. Первичный манифестный гипотиреоз.**
16. Пациентке необходимо рекомендовать
Левотироксин натрия из расчета 1,6 мкг\кг массы тела
 17. Контроль лечения проводится по уровню
ТТГ
 18. Определение уровня ТТГ необходимо провести не ранее, чем через
8 недель
 19. Целевым уровнем ТТГ на фоне заместительной терапии гипотиреоза является
0,4-4,0
 20. При повторном исследовании через 2 месяца ТТГ 7.1, пациентке рекомендовано
Увеличить дозу левотироксина натрия
 21. Наиболее вероятной причиной олигоменореи при гипотиреозе является
Гиперпролактинемия
 22. Вследствие хронической передозировки левотироксина может развиваться
Остеопороз
 23. В случае наступления беременности у данной пациентки необходимо
Увеличить дозу левотироксина на 30%
 24. Вторичная профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в
Поддержании стойкого эутиреоза

Задача №177

На прием к участковому терапевту обратилась пациентка 55 лет

Жалобы на

- Сухость во рту,
- Общую слабость,
- Чувство онемения, зябкость в нижних конечностях.

Анамнез заболевания

- Не работает
 - Перенесенные заболевания: правосторонняя среднедолевая пневмония в 42 года
 - Наследственность неотягощена
13. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)
Глюкоза крови
Гликированный гемоглобин
 14. Какой предполагаемый основной диагноз?
Сахарный диабет 2 типа
 15. Для диагностики нарушения тактильной чувствительности необходимо
Последовательно прикасаться концом монофиламента к различным участкам кожи стопы
 16. По данным физикального осмотра у пациентки имеет место
Диабетическая нейропатия, сенсорный тип
 17. Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки
Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела.
 18. Рекомендации по данному пациенту по изменению образа жизни включают
Низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

19. Целевым уровнем гликемического контроля ждя данной пациентки является
7,0
20. В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить
Метформин и гликлазид мв
21. Необходим повторный контроль HbA1c через месяца
3
22. Пациентка провела контроль гликированного гемоглобина через 6 месяцев, индивидуальная цель не достигнута, темп снижения <1,5%, необходимо добавить
Аналог инсулина длительного действия
23. Оценка альбуминурии должна проводиться 1 раз в
12 месяцев
24. Осмотр ног пациента с сахарным диабетом 2 типа должен проводиться
При каждом посещении врача

Задача №178

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 42 лет.

Жалоб не предъявляет, пришла на диспансеризацию

- 13) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (2)
-глюкоза плазмы натощак
-гликированный гемоглобин (HbA1c)
- 14) Какой предполагаемый основной диагноз?
-Сахарный диабет 2 типа
- 15) Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки?
-Артериальная гипертензия 1 степени. Ожирение 1 степени
- 16) Рекомендации по изменению образа жизни включают
-Низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- 17) Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c
-6,5
- 18) В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается
-Метформин
- 19) Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии не менее _____раз/раза в сутки и один гликемический профиль в неделю
-1
- 20) Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в
-Инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина
- 21) Для лечения артериальной гипертензии пациентке показано назначение
-Эналаприла, нифедипина
- 22) Эффективности сахароснижающей терапии оценивается по _____ через 3-6 месяцев после начала лечения
-Гликированному гемоглобину
- 23) Для профилактики поздних осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня холестерина ЛНП < ____ммоль/л
-1,4

- 24) Для профилактики микро- и макро-сосудистых осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня артериального давления ____ мм.рт.ст
 ≥ 120 и $130/\geq 70$ и < 80

Задача №179

На приём к участковому терапевту обратился пациент 72 лет

Жалобы

На периодически возникающую сухость во рту

- Страдает АГ в течении 17 лет
 - Перенес ОНМК по ишемическому типу 5 лет назад
- 13) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (2)
-Глюкоза крови
- Гликированный гемоглобин (HbA1c)
- 14) Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных исследований?
-Сахарный диабет 2 типа
- 15) Пациенту выполнен расчёт СКФ – 43,3 мл/мин/1,73 кв.м. Для уточнения стадии поражения почек необходимо
-Оценить соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи
- 16) Соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи – 550мг/г. Пациент имеет диабетическую нефропатию, хроническую болезнь почек на стадии
-С3б, А3
- 17) У пациента имеется ____ риск сердечно-сосудистых осложнений
-Очень высокий
- 18) Пациенту показана комбинированная сахароснижающая терапия ингибиторами ДПП-4 и
-Гликлазидом МВ
- 19) Для достижения целевых значений артериального давления с учетом наличия хронической болезни почек к лечению необходимо добавить
-Ингибиторы АПФ
- 20) Уровень холестерина ЛНП у пациента 2,8 ммоль/л, в связи с чем показано назначение
-аторвастатина
- 21) Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c<
-8,0
- 22) После начала сахароснижающей терапии необходим контроль HbA1c через ____ месяца
-3
- 23) Оценка уровня гемоглобина у пациента с хронической болезнью почек 3 стадии должна проводиться 1 раз в ____ месяца/месяцев
-6

- 24) Целевым уровнем артериального давления при хронической болезни почек в стадии А3 является ____ мм.рт.ст.
-<130/80

Задача №180

На приём к участковому терапевту обратился пациент 73 лет

Жалобы

-на сухость во рту, жажду, кожный зуд

Около полугода периодически беспокоят сухость во рту, жажда и кожный зуд.

- 13) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (2)
-Глюкоза плазмы натощак
- Гликированный гемоглобин (HbA1c)
- 14) Какой предполагаемый основной диагноз?
-Сахарный диабет 2 типа
- 15) Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в
- Инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина
- 16) Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c<
-8,0
- 17) Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является
-Метформин и агонист рецептора ГПП-1
- 18) Отеки голеней и стоп могут быть побочным эффектом приема
-Нифедипина
- 19) У пациента выявлен уровень холестерина 6,1 ммоль/л. К лечению необходимо добавить
-Аторвастатин
- 20) Пациенту перенесшему острый инфаркт миокарда со стентированием более года назад показана ____ терапия
-Антиагрегантная
- 21) Необходим повторный контроль HbA1c через ____ месяца
-3
- 22) Пациенту, находящемуся на пероральной сахароснижающей терапии, рекомендуется проводить самоконтроль гликемии ____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
-Не менее 1 раза в сутки в разное время
- 23) Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку
-Альбинурии
- 24) Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга основного заболевания составляем ____ раз в год
-1

Задача №181

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет

Жалобы

-на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, общую слабость, тошноту, однократную рвоту

- Около 2-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда ,учащенное мочеиспускание
- За последние 2,5 месяца отметил снижение массы тела на 10 кг

13) Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (2)

-экспресс-анализ гликемии

-общий анализ мочи с определением кетоновых тел

14) Какой предварительный диагноз можно поставить данному больному?

-Сахарный диабет 1 типа. Диабетический кетоацидоз

15) Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

-Госпитализации в стационар

16) Пациент завершил стационарное лечение, выписан на инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c <

-6,5

17) Побочным эффектом инсулинотерапии является

-Риск гипогликемии

18) Необходим повторный контроль HbA1c через ____ месяца

-3

19) Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

-Не менее 4 раз ежедневно

20) В клинической картине диабетического кетоацидоза часто развивается

-Абдоминальный синдром

21) Основной задачей во время физической нагрузки является

-Профилактика гипогликемии, связанной с физической активностью

22) Рекомендации по питанию при 1 типе сахарного диабета заключаются в

-Общем потреблении белков, жиров и углеводов, не отличающемся от такого у здорового человека

23) Скрининг диабетической нефропатии у больных СД1 типа, заболевших в постпубертатном возрасте, с определением альбуминурии и скорости клубочковой фильтрации показан

-Через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее – ежегодно

24) Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга сахарного диабета составляет ____ раз в год

-1

Задача №182

На приём к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

-на сухость во рту, жажду, онемение стоп, слабость в ногах, боли в ногах (преимущественно ночью)

- 13) Методами исследования, обязательными для постановки диагноза являются (2)
 - оценка нарушений чувствительности
 - определение сухожильных рефлексов
- 14) Какой диагноз можно поставить данному больному?
 - Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нейропатия, сенсомоторная форма
- 15) Сопутствующей патологией у пациента является
 - Артериальная гипертензия 3ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 степени (3;очень высокий;1)
- 16) Рекомендации по медикаментозному лечению осложнений сахарного диабета у пациента включают
 - карбамазепин
- 17) Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c<
 - 7,5
- 18) Для интенсификации сахароснижающей терапии назначается метформин в дозе 1000 мг 2 р/день и гликлазид МВ в дозе ____ мг 1 р/день
 - 60
- 19) Повторный контроль HbA1c необходим через ____ месяца
 - 3
- 20) Основой успешного лечения диабетической нейропатии является
 - Достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемии
- 21) Для исключения диабетической ретинопатии необходимо провести
 - Офтальмоскопию при расширенном зрачке
- 22) При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин у пациента с сахарным диабетом необходимо отменить
 - метформин
- 23) Пациенты с диабетической дистальной нейропатией входят в группу риска развития
 - Синдрома диабетической стопы
- 24) Фактором риска развития ИБС при сахарном диабете является
 - окружность талии >94 см у мужчин и > 80 см у женщин

Задача №183

На приём к участковому терапевту обратился пациент 65 лет

Жалобы: На эпизоды тошноты, потливости, чувства голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи.

- 13) Для обследования пациенту необходимо назначить
-биохимический анализ крови
-гликированный гемоглобин
- 14) Какой диагноз можно поставить данному больному?
-Сахарный диабет 2 типа. Гипогликемия
- 15) У пациента выявлена микроальбуминурия 70 мг/сутки, что соответствует диабетической нефропатии, хронической болезни почек. Учитывая СКФ – 61 мл/мин/1,73 кв.м., стадия ХБП
-2
- 16) Рекомендации по лечению сахарного диабета у данного пациента включают
-Отмену глибенкламида и назначение ингибитора ДПП 4
- 17) Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c<
-7,5
- 18) Меры по купированию гипогликемии у больных с сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, необходимо начинать при гликемии менее ____ ммоль/л
-3,9
- 19) Повторный контроль HbA1c необходим через ____ месяцев
-3
- 20) Рекомендации по профилактике гипогликемических состояний заключаются в
-Регулярном самоконтроле гликемии
- 21) К мерам по купированию легкой гипогликемии относят
-Прием 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов
- 22) При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин у пациента с сахарным диабетом необходимо отменить
-Метформин
- 23) Пероральный глюкозотолерантный тест проводится при глюкозе плазмы натощак
-6,1-6,9
- 24) Фактором риска развития ИБС у пациентов с сахарным диабетом является
-Окружность талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин

Задача №184

На прием к участковому терапевту обратился пациент 71 года
Жалобы на: онемение стоп, снижение чувствительности стоп, боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров

Анамнез заболевания:

- Рос и развивался нормально.
- Пенсионер
- Перенесенные заболевания: ИБС.

Гипертоническая болезнь.

Максимальный подъем АД до 190/100

мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80

мм. рт. ст. Принимает гипотензивную

терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5

мг утром

- Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.

- Аллергоанамнез: неотягощен.

- Вредные привычки: отрицает.

1. Выберите методы исследования обязательные для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета:

- **пальпация периферических артерий**

- **доплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса**

2. Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа, диабетическая дистальная сенсомоторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

3. Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени.

4. К терапии необходимо добавить?

Клопидогрел, розувастатин

5. При развитии критической ишемии нижних конечностей пациенту необходимо проведение?

Реваскуляризации артерий конечности

6. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1c < \_\_\_\_\_\_$?

-8.0

7. Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить?

Алоглиптин

8. При снижении СКФ < 45 мл/мин необходимо провести коррекцию дозы?

Метформина

9. Необходим повторный контроль $HbA1c$ через _____ месяцев?

-3

10. Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является?

Ингибиторы ДПП-4 + метформин

11. Трофические нарушения мягких тканей нижних конечностей могут развиваться :

На любой стадии ЗАНК

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

Офтальмоскопию

Задача №185

Ситуация: на прием к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 64 лет.

Жалобы: на сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание

Анамнез Жизни

- Росла и развивалась нормально.

- пенсионерка
- В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 6 кг
- 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 175/105 мм рт ст). Получает периндоприл 8 мг, гипотиазид 12,5 мг, розувастатин 10 мг
- Перенесенные заболевания: холецистэктомия 10 лет назад, ОНМК по ишемическому типу 2 года назад
- Беременности — 4, роды — 2.
- Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 58 лет, у отца — рак прямой кишки.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: отрицает.

Вопросы:

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования?

Глюкоза крови, гликированный гемоглобин

2. Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных исследований?

-Сахарный диабет 2 типа

3.Пациентке выполнен расчет СКФ: СКД-ЕРІ-48,3 мл/мин/ 1,73 кв.м. Для уточнения стадии поражения почек необходимо?

-Оценить соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи

4. Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи составил 450мг/г. С учетом полученных данных обследования (СКД-ЕРІ-48,3 мл/мин/ 1,73 кв.м) у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек ?

-С3А, А3

5.Фактором риска развития сахарного диабета 2 типа является?

- Избыточная масса тела

6.Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и ?
Низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0.8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

7.Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c<____?

-8.0

8.В качестве сахароснижающей терапии надо назначить?

-Вилдаглиптин и метформин

9.У пациентки уровень холестерина ЛНП-2,2 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений холестерина, показано?

-Увеличение дозы розувастатина

10.Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяцев?

-3-6

11. Оценка альбуминурии/протеинурии должна проводиться один раз в ____ месяцев?

-12

12. Исследования гемоглобина, уровня железа, ферритина сыворотки крови у пациента с ХБП С3аА3 и СД 2 типа должно проводиться _____ раза в год? **2**

Задача №186

Ситуация: на прием к врачу-терапевту участковому обратился пациент 32 лет.

Жалобы: на приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости, сухость во рту, жажду

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Автослесарь.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ
- Наследственность: у отца медулярный рак щитовидной железы
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Вредные привычки: курит.

Вопросы:

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят?

Глюкозу плазмы натощак, метанефрины и норметанефриты в суточной моче

2. С учетом выявленных изменений пациенту показано проведение?

Перорального глюкозотолерантного теста

3. Необходимым для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются?

КТ надпочечников

4. Какой диагноз можно поставить данному больному?

Феохромоцитома. Нарушенная толерантность к глюкозе

5. Терапией выбора феохромоцитомы является?

Левосторонняя адреналэктомия

6. В качестве предоперационной подготовки пациенту необходимо назначить? **Альфа-**

Альфа -Адреноблокаторы

7. Лечение нарушенной толерантности к глюкозе в данном случае заключается в?

Ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе

8. У пациента есть риск развития интраоперационного осложнения в виде?

Неуправляемой гемодинамики

9. Пациенту была проведена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через _____ недели после операции?

2-4

10. Учитывая наследственность пациента по медулярному раку щитовидной железы необходимо определить уровень ____ в крови?

Кальцитонина

11.Функциональная топоческая диагностика феохромоцитомы заключается в проведении сцинтиграфии всего тела с ?

метайодбензилгуанидином

12.Феохромоцитома преимущественно секретирует?

Метанефрин

Задача №187

Ситуация: пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового

Жалобы: на дискомфорт и боль в правой половине эпигастральной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время, тошноту натошак, отрыжку кислым содержимым, общую слабость, снижение работоспособности, головную боль

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Работает служащим в банке
- Наличие других хронических заболеваний отрицает
- Наследственность: у отца — инфаркт миокарда в возрасте 73 лет
- Курит по 1 пачке в день на протяжении 10 лет, алкоголь не употребляет
- Аллергологический анамнез не отягощен
- Прием каких-либо лекарственных препаратов, кроме антацидов, отрицает
- Часто употребляет в пищу копчёности, шоколад, газированные напитки

Вопросы:

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются?

Общий анализ крови, определение уровня общего железа сыворотки, ферритина

2.Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является?

Эзофагодуоденоскопия (ЭГДС) с проведением теста на инфекцию *Helicobacter pylori*

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

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с инфекцией *H. pylori*, обострение

4.К неинвазивным методам определения *H. Pylori* относится?

Дыхательный тест

5.У пациента развилось осложнение в виде анемии?

Железодефицитной, легкой степени тяжести

6.Лечение основного заболевания включает?

Проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии

7. Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии первой линии включает кларитромицин в сочетании с?

ИПП и амоксициллином

8. Контроль эффективности эрадикационной антихеликобактерной терапии?

Проводится через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии

9. Основу лечения развившегося у больного осложнения составляет?

Назначение препаратов железа

10. Самым ранним (на 7-10 день) показателем эффективности лечения ЖДА препаратами железа является?

Ретикулоцитарная реакция (повышение содержания ретикулоцитов) на 7-10 день терапии

11. Для улучшения всасывания пероральных препаратов железа назначают?

Аскорбиновую кислоту

12. Осложнением, не характерным для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является?

Малигнизация

Задача №188

Ситуация: больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы: на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, отеки голеней и стоп, слабость, повышенную утомляемость, сухость во рту, жажду, дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания

- Рос и развивался нормально
- Работал мастером по металлу
- Вредные привычки отрицает
- Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Вопросы:

1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования?

Биохимический анализ крови, натрийуретические пептиды

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются?

ЭКГ в покое, эхо-кг

3. Какой предполагаемый диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ трехлетней давности). ГБ 3 стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. СД 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина < 8%. ХСНпФВ ЛЖ 46%, ПБст. ПФК NYHA

4. Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение?

HbA1c= 7,8%

5. Препаратом выбора в лечении СД у данного больного, страдающего ХСН, является?

Метформин

6. В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и СД, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на?

Ингибитор АПФ

7.Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего СД, заключается в ?

Замене метопролола на карведилол или небиволол

8.У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как?

Гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии

9.Целевым показателем липидного обмена при сочетании СД и ССЗ является достижение _____ ммоль/л?

ХС-ЛНП менее 1,4

10.К препаратам, применяемым у данного больного в качестве дополнения к ингибиторам АПФ с целью снижения риска госпитализации и смерти, относятся?

Бета-блокаторы

11.ОИМ в анамнезе, протекавший без «интенсивного болевого синдрома», но с выраженной одышкой и слабостью, может быть связан с наличием у больного?

Сахарного диабета

12.У данного пациента с ИБС, ХСН и СД, имеющего признаки повреждения печени (повышение сывороточных трансаминаз, дискомфорт и чувствительность при пальпации в правом подреберье, увеличение печени) при отсутствии маркеров вирусных гепатитов, в первую очередь необходимо обследование пациента для уточнения наличия?

Неалкогольной жировой болезни печени

Задача №189

Ситуация: Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы: на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке, усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение, дискомфорт в правом подреберье, отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота, перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Работал слесарем.
- Вредные привычки отрицает
- Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

Вопросы:

1.Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования?

Натрийуретические пептиды;биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

2.Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются?

Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки

3.На основании жалоб, анамнеза, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования больному может быть установлен диагноз?

ИБС: стенокардия напряжения 2ФК. Нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. CHA2DS2-VASc 3 балла (возраст, АГ,

XCH), HAS-BLED 2 балла. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск ССО очень высокий. XCH со сниженной ФВ ЛЖ 35-37%, ПБ ст., IV ФК NYHA. Асцит

4. Для оценки симптомов ФП целесообразно использовать шкалу _____ с дальнейшим указанием в диагнозе?

EHRA

5. При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать?

Диуретики

6. Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента _____, которые отсутствуют в ранее назначенной терапии?

Ингибиторы АПФ

7. Основной целью приема дабигатрана у данного больного является профилактика?

Тромбоэмболических осложнений

8. Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в ?

Использовании торасемида или фуросемида во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг

9. Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является?

Бисопролол

10. Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключается в?

Регулярных дозированных физических нагрузках

11. К диетическим рекомендациям, выполнение которых НЕ целесообразно в отношении данного больного, относится?

Обильное теплое питье

12. Сывороточным маркером, определение которого необходимо для расчета СКФ, является?

Креатинин

Задача №190

Мужчина 28 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы: на изжогу, боли за грудиной, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении

-отрыжку кислым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков

-сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса

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 ?

Эзофагогастродуоденоскопии; РН-метрии

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь :рефлюкс-эзофагит степени В

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с ?

ИБС, хроническим бронхитом

5. У пациента присутствуют признаки ?

Неосложненного течения

6. В качестве фармакотерапии необходимо назначить ?

Ингибитор протонной помпы

7.Ингибиторы протонной помпы необходимо назначить ?

На срок в 4-6 недель

8.Из немедикаментозных методов лечения пациента применяют?

Сон с приподнятым головным концом кровати, исключение нагрузки, повышающей внутрибрюшное давление

9.Госпитализация пациента в гастроэнтерологический стационар ?

не проводится

10.Оценку клинической эффективности назначенного лечения и эзофагодуоденоскопию необходимо провести через?

1 месяц

11.Пациенту хирургическое лечение ?

Не проводится

12.Активное диспансерное наблюдение пациента проводится 1 раз в год/года?

1 (год)

Задача №191

Больная 28 лет обратилась в поликлинику

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

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально

Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия

Наследственность не отягощена

Вредные привычки: не имеет

Менструальные с 13 лет, обильные первые 3-4 дня, продолжительностью 5-6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка.

Анамнез заболевания

Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.

Объективный статус

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

1. -Клинический анализ крови

-Исследование показателей, характеризующих обмен железа

2. -фиброгастродуоденоскопии (ФГДС)

- УЗИ органов малого таза

-Рентгенография грудной клетки

- Электрокардиография

-УЗИ щитовидной железы

3.Хроническая железодефицитная анемия

4.Менструальных кровотечений, беременности, родов и лактации

5. Таласемию

6.Пероральных препаратов железа

7. Плохая переносимость

8. 2,5-3 недели

9. Симптомы желудочной диспепсии

10.12 месяцев

11. Употребление мясной пищи накануне исследования

12. Анафилактического шока

Задача №192

Больная 40 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На частые ноющие боли в правом подреберье через 1,5 часа после употребления жирной пищи и при иногда физической нагрузке (наклоны, быстрая ходьба), с иррадиацией под правую лопатку; на сухость, горечь во рту, метеоризм, запоры

Анамнез заболевания

Росла и развивалась нормально.

Работает менеджером. Имеет 2-х взрослых детей.

Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные заболевания.

Наследственность: мать пациентки страдает артериальной гипертензией, желчнокаменной болезнью, ожирением.

Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Питание нерегулярное. В течение последних трех месяцев целенаправленно придерживалась диеты с целью снижения массы тела, похудела на 2 кг.

Анамнез жизни

Считает себя больной около 4-х лет, когда стали беспокоить боли в правом подреберье после употребления жирной пищи и иногда - после физической нагрузки. К врачу не обращалась по данному поводу, лечилась самостоятельно, при боли принимала дротаверин с хорошим эффектом.

Старалась ограничивать употребление жиров. Настоящее ухудшение в течение 4х дней (после дня рождения): после употребления большого количества жирной, жареной пищи появилась описанная выше боли, с приступами тошноты и чувством познания; отмечалось кратковременное повышение температуры тела до 37,3° С.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят?

общий анализ крови

общий анализ мочи

биохимическое исследование крови

2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят?

- ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей

-электрокардиографическое исследование

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит с приступами билиарной боли

4 Больной показана консультация?

Хирурга

5. Показания к холецистэктомии включают?

• **острый холецистит, при котором не отмечается улучшения на фоне консервативного лечения, и его осложнения**

6. В данной клинической ситуации обоснованными консервативными мероприятиями являются диета, ?

Прием спазмолитиков, также возможен прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты

7. Что верно в отношении опыта применения урсодезоксихолевой кислоты при желчнокаменной болезни?

Рецидивы в ближайшие 5 лет наблюдаются в 25% случаев

8. Оптимальный интервал ультразвукового контроля растворения желчных камней при лечении урсодезоксихолевой кислотой составляет _ мес?

3-6

9. Основным методом хирургического лечения ЖКБ является?

Холецистэктомия

10. В отсутствие осложнений наблюдение пациентов с желчнокаменной болезнью осуществляется?

терапевтом или гастроэнтерологом

11. Билиарная колика характеризуется признаками?

Захватывает эпигастральную область, нередко возникает в ночные часы, быстро нарастает, достигая «плато», может сопровождаться тошнотой и рвотой

12. К факторам, предрасполагающим к образованию холестериновых камней, относят?

• **соблюдение очень низкокалорийной диеты, голодание.**

Задача №193

Больная 65 лет, пенсионерка, обратилась в поликлинику

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия.

Наследственность неотягощена.

Вредные привычки: не имеет.

Анамнез жизни

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

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят?

• **клинический анализ крови обоснование**

• **определение уровня витамина В12 и фолиевой кислоты в крови**

2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят? **фиброгастроудоденоскопию (ФГДС)**

3. Какой предполагаемый основной диагноз?

• **В12-дефицитная анемия тяжелой степени**

4. Дифференциальный диагноз следует провести с?

Гемолитической анемией, апластической анемией, анемией при дефиците фолиевой кислоты, онкопатологией.

5. Тактика ведения данной больной предполагает?

• **госпитализацию в отделение терапевтического профиля**

6. Больная нуждается в неотложной помощи в виде?

• **в/в переливания эритроцитарной взвеси**

7. Дальнейшее лечение больной включает назначение?

• **витамина В12 (цианокобаламина) по 500-1000 мкг в сутки в/м (П/К)**

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

• **4-6 Недель**

9. Эффективность лечения витамином В12 оценивается развитием ретикулоцитарного криза на _ -е сутки?

5-7

10. Поддерживающая терапия витамином В12 предполагает введение по?

500 мкг 1 раз в неделю в течение 2-х месяцев, затем 1 раз в месяц пожизненно

11. Патогномичным признаком В12 дефицитной анемии является?

• **мегалобластический тип кроветворения**

12. Отличительной чертой при дифференциальной диагностике В12 дефицитной анемии и анемии при дефиците фолиевой кислоты является?

фуникулярный миелоз

Задача №194

Больной Б. 36 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На боль в эпигастральной области, умеренной интенсивности, возникающую через 20 - 30 мин после приема пищи, без иррадиации. Так же беспокоит частая отрыжка, срыгивание кислым, изжога, неприятный вкус во рту, чувство быстрого насыщения, плохой сон, периодически запор.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, острые респираторные инфекции.

Профессиональный анамнез: работает шофером на междугородных перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи, и длительные, еда всухомятку.

Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко (не более 200 мл крепких алкогольных напитков в неделю). Любит горячий крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, дочь здорова.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез жизни

Считает себя больным около года. Ранее к врачу не обращался. При появлении боли и изжоги принимал антацидные препараты с положительным эффектом. Неделю назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось: вновь появилась боль в эпигастральной области после еды, отрыжка и изжога, в связи с чем обратился к врачу.

1. Необходимыми для постановки ^ диагноза лабораторными методами обследования являются?

• **клинический анализ крови обоснование**

• **анализ кала на скрытую кровь**

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются?

- **эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)**

- исследование на инфекцию *Helicobacter pylori*

-УЗИ печени, поджелудочной железы,желчного пузыря

3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- **Хронический *Helicobacter pylori* ассоциированный гастрит в фазе обострения с синдромом диспепсии**

4. Наиболее вероятной причиной развития данного заболевания послужило?

• **инфицирование *Helicobacter pylori***

5 Функциональной диспепсии

6. Тактика ведения в данной ситуации подразумевает назначение?

• **схемы эрадикации *Helicobacter pylori* «первой линии»**

7. Препаратами, входящими в трехкомпонентную схему эрадикации *Helicobacter pylori*, являются: ингибитор протонной помпы в удвоенной стандартной дозе, а также?

• **кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки)**

8. Контроль эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* проводится через?

4-6 недель

9. Инвазивным методом диагностики *Helicobacter pylori* является?

Гистологический метод

10. Неинвазивным методом диагностики *Helicobacter pylori* является?

уреазный дыхательный тест

11. В основе некоторых диагностических тестов для выявления *Helicobacter pylori* лежит способность этой бактерии вырабатывать фермент?

уреазу

12. Приоритетным методом контроля эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является?

• **уреазный дыхательный тест**

Задача №195

Больной М., 40 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому
Жалобы на боли в эпигастриальной области, возникающие через 30 минут после еды, отрыжку воздухом, тошноту после приема пищи. Боли без иррадиации, купируются приемом антацидных препаратов

Анамнез заболевания

Пациент работает инженером, пищу принимает нерегулярно. Курит по 2 пачки сигарет в день на протяжении 15 лет, по праздникам употребляет спиртные напитки в умеренном количестве.

У младшего брата больного диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Анамнез жизни

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

1. Обязательным лабораторным методом обследования является?
общий анализ крови
2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является?
эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки и определением обсемененности H.pylori
3. Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клиниколабораторных и инструментальных методов обследования?
Язвенная болезнь желудка в стадии обострения
4. Типичным осложнением, которое может возникнуть при данном заболевании, является?
Перфорация
5. К фоновому заболеванию, которое имеется у пациента, относится?
хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией Helicobacter pylori
6. Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антихеликобактерную терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с?
- кларитромицином и амоксициллином
7. Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет?
4-6 недель
8. В четырехкомпонентную схему эрадикации Helicobacter pylori входит препарат?
• висмута трикалия дицитрат обоснование
9. Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка является?
инфицирование слизистой желудка H.pylori
10. Язвенное поражение слизистой желудка наиболее часто вызывает прием?
-аспирина
11. Болевой синдром при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке характеризуется?
- появлением боли через 1-1,5 часа после еды и в ночные часы
12. Наиболее точным неинвазивным методом диагностики инфекции H. pylori является?
- уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами ¹³C или ¹⁴C

Задача № 196

Больной К. 32 года обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому
Жалобы: На ноющие боли в эпигастральной области ,возникающие натощак,через 2 часа после еды,а так же в ночное время ,купирующиеся приемом пищи или антацидных средств;изжогу, отрыжку воздухом

1. Эзофагогастродуоденоскопия(ЭГДС)
- 2.Выявление Helicobacter pylori
- 3.Исследование уровня гастрина крови

4. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, ассоциированная с инфекцией *Helicobacter pylori*, часто рецидивирующее течение, обострение. Язва и рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки.
5. Симптоматическими (вторичными) язвами
6. Необходимо применить второй (подтверждающий) метод диагностики инфекции *Helicobacter pylori*
7. Проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии
8. Тройную схему эрадикации *Helicobacter pylori* на срок 14 дней, ингибитор протонной помпы в повышенной дозировке (удвоенной по сравнению со стандартной)
9. 4-6 недель после окончания терапии на основании обнаружения антигенов хеликобактер пилори в кале
10. Желудочно-кишечное кровотечение, перфорацию язвы, пенетрацию язвы, малигнизацию язвы, стеноз.
11. Принадлежность к 0 (I) группе крови, увеличение массы обкладочных клеток.
12. Назначение ингибитора протонной помпы на общий срок не менее 1 месяца с момента обнаружения язвенного дефекта с постепенной отменой при условии наступления рубцевания язвенного дефекта.

Задача №197

Больной Н. 32 лет обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на сжимающие боли в области сердца, возникающие при умеренной физической нагрузке, головокружения, повышенную утомляемость, одышку при обычной физической нагрузке

Анамнез заболевания настоящее ухудшение в течение последних двух недель после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции

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

- **общий анализ крови**
- **ревмопробы**

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

- **ЭКГ**
- **ЭХО-КГ**

3) Данному больному можно поставить диагноз:

- **хроническая ревматическая болезнь сердца
комбинированный ревматический митрально-аортальный порок сердца -
митральная недостаточность и аортальный стеноз. ХСН IIa стадии, ПФК
NYHA**

4) Причиной возникновения клапанных нарушений у данного больного является

- **ревматизм**

5) Систолический шум, выслушиваемый во II точке аускультации, является проявлением

- **аортального стеноза**
- 6) Систолический шум на верхушке, проводящийся в левую аксиллярную область, является проявлением
- **митральной недостаточности**
- 7) Тактика ведения больного включает лечение ХСН общепринятыми методами, а также
- **консультацию кардиохирурга для решения вопроса об оперативном лечении комбинированного митрально-аортального порока сердца**
- 8) Хирургическим методом лечения комбинированного порока сердца является
- **протезирование клапанов**
- 9) При проведении манипуляций в ротовой полости у больного с ревматическим пороком сердца за час до процедуры показано назначение
- **амоксциллина**
- 10) При проведении манипуляций на желудочно-кишечном тракте у больного с ревматическим пороком сердца за час до процедуры показано назначение
- **амоксциллина**
- 11) Риск развития инфекционного эндокардита у данного больного с ревматическим пороком сердца стратифицируется как
- **умеренный**
- 12) Больному с ревматическим пороком сердца проводится профилактика повторной ревматической атаки
- **бензатин бензилпенициллином**

Задача №198

Больной К. 62 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому
Жалобы на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке и в покое, давящие боли за грудиной, некупирующиеся при приёме 2 таблеток нитроглицерина, общую слабость, повышенную утомляемость
 Анамнез заболевания Полгода назад перенес инфаркт миокарда. 2 недели назад появились давящие боли за грудиной

1.К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят

- **определение тропонинов I и T, КФК-MB**

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

- **эхокардиография**
- **электрокардиография**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

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

4. В данной клинической ситуации пациенту показано проведение

- **коронароангиографии**

5. Астматический вариант инфаркта миокарда чаще развивается на фоне

- **повторного инфаркта миокарда**

6. Пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначение

- **β-блокаторов, дезагрегантов**

7. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

- **клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты**

8. В качестве антиангинальной терапии пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначить

- **нитраты, блокаторы кальциевых каналов**

9. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает

- **немедленную госпитализацию**

10. Противопоказанием к проведению тромболитической терапии в данной клинической ситуации

- **продолжительность болевого синдрома более 12 часов**

11. Перед выпиской из стационара данному пациенту необходимо проведение

- **ЭХО-КГ**

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

- **пожизненно**

Задача №199

Больной Б. 52 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом

Жалобы

на интенсивные боли за грудиной «сжимающего» характера с иррадиацией в оба плеча, чувство нехватки воздуха, страха

Анамнез жизни

В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей при быстрой ходьбе. Самостоятельно принимал нитроглицерин под язык, что способствовало купированию приступов в течение 2-3 мин.

Эпизод длительного болевого синдрома около 3-х часов, прием нитроглицерина эффекта не оказал.

Анамнез заболевания

Рос и развивался нормально.

Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 65 лет.

Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 20 лет.

1. К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят

- **определение тропонинов I и T, КФК – MB**

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

- **электрокардиография**
- **эхокардиография**

3. Какой диагноз можно поставить данному больному

- **ИБС. Инфаркт миокарда с зубцом Q, подъемом сегмента ST, в области передней стенки, межжелудочковой перегородки и верхушки левого желудочка, острый период**

4. В данной клинической ситуации пациенту показано проведение

- **коронароангиографии**

5. Кардиогенный шок у данного пациента следует диагностировать в случае

- **снижения САД ≤ 90 мм рт. ст.**

6. В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз следует проводить с

- **расслаивающейся аневризмой грудного отдела аорты**

7. Для купирования болевого синдрома, в данной клинической ситуации показано назначение

- **1% раствора морфина гидрохлорида**

8. В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

- **клопидогреля, ацетилсалициловой кислоты**

9. Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает

- **немедленную госпитализацию**

10. Абсолютным противопоказанием к назначению β -адреноблокаторов больным с инфарктом миокарда является

- **AV-блокада 3 степени**

11. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности в данном случае составляют _____ дней

- **90-120**

12. На основании клинических и морфологических признаков инфаркт миокарда у данного пациента будет считаться зажившим начиная с _____ суток

- **29**

Задача №200

Больная З., 57 лет, юрист, обратилась к врачу-терапевту участковому

Жалобы на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, однократную рвоту, многократный жидкий стул, сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная утка, торт со взбитыми сливками), выраженная диарея, сохраняющаяся до 5 дней, при болях принимала но-шпу, мезим. Отмечает появление диареи при небольшой погрешности в диете, употреблении жирной жареной пищи, пирогов, обострения заболевания бывают 3-4 раза в год. В течение последнего года стала отмечать жажду и сухость во рту, диагностирован сахарный диабет. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после употребления жареной картошки с курицей появились опоясывающие боли в эпигастрии, возникла диарея до 7 раз в сутки, однократно была рвота съеденной пищей.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2) ответ:

- **общий анализ крови**
- **биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина**

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

- **МСКТ органов брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости**

3. Какой диагноз можно поставить данной больной? ответ:

- **Хронический панкреатит, в стадии обострения**

4. К возможным осложнениям основного заболевания относится ответ:

- **псевдокисты**

5. Сочетанным заболеванием у пациентки является ответ:

- **гипертоническая болезнь**

6. Пациентке необходимо назначить ответ:

- **ферментные препараты**
7. Для коррекции гипергликемии больной показано назначение ответ:
- **инсулина**
8. Показателем определения компенсации сахарного диабета является ответ:
- **гликозилированный гемоглобин**
9. К выявленным синдромам у пациентки относится ответ:
- **внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы**
10. Наиболее вероятной причиной возникновения гипергликемии у данной пациентки является
- **панкреатогенный сахарный диабет**
11. К внепанкреатическим источникам гиперамилаземии и гиперамилазурии относят
- **болезни слюнных желез**
12. Препаратами выбора для лечения гипертонической болезни у данной больной являются
ингибиторы АПФ

Задача 206. ! (исправляла)

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

Анализ крови на скрытую кровь (в медике этого нет)

2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования:

ЭГДС

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка

УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря (в медике этого нет)

3) Данному больному целесообразно выполнить дополнительные лабораторные методы исследования

Исследование антител к париентальным клеткам желудка

Концентрацию витамина В

4)Какой предполагаемый диагноз

Хронический атрофический аутоиммунный 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

Полиферментные препараты

Инъекции витамина в12

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

Внутримышечно с последующим переходом на поддерживающую терапию

9)При аутоиммунном гастрите снижение выработки соляной 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

Карциномы желудка

12) При аутоиммунном гастрите атрофические изменения слизистой оболочки развиваются

В фундальном отделе желудка

Задача 207 !(исправляла)

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-гнойной 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 Clostridium difficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приема амоксиклава показано проведение

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

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

- Внебольничная пневмония

4. Причиной развившейся у пациентки диареи является

- Clostridium difficile—ассоциированная болезнь легкого течения

5. Для исключения/подтверждения развития у пациентки дыхательной недостаточности 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, в качестве препарата выбора второй линии целесообразно выбрать

- левофлоксацин

9. Для терапии Clostridium difficile-ассоциированной болезни лёгкого/

среднетяжёлого течения показано назначение

Метронидазола

10. При неэффективности терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на

- ванкомицин

11. Лечение *Clostridium difficile* – ассоциированной болезни легкого течения следует начинать с назначения ванкомицина у

- кормящих женщин

12. Дальнейшая тактика ведения пациентки должна включать Прекращение лечения антибактериальными препаратами

Ситуационная задача N 216 !(исправляла)

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. Постепенно толерантность к физической нагрузке снижалась и в настоящее время одышка и ощущение сердцебиения стали появляться при ходьбе на расстояние около 100 метров. Примерно полгода тому назад

больная отметила появление «подкашливания», которое не было связано с эпизодами острой респираторной инфекции; В последнее время сухой кашель стал носить постоянный характер В течение суток и иногда возникает по ночам. Месяц тому назад, при обращении с вышеуказанными жалобами В поликлинику, состояние было расценено как хроническая сердечная недостаточность, развившаяся на фоне длительно существующей АГ, к терапии был добавлен фуросемид по 40мг/сут., однако улучшения состояния в течение месяца приёма фуросемида отмечено не было. Пациентка направлена на стационарное лечение для установления причины прогрессирующей одышки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 95 кг. рост 170 см. ИМТ=32,9 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски и влажности. Костно-мышечная система - без видимой патологии. Отёков нет.

Периферические л/у не увеличены. Грудная клетка не деформирована. При аускультации лёгких дыхание несколько ослабленное, с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах,

на вдохе выслушиваются хрипы, по тембру напоминающие звук застёжки типа «молния» (Velcro). ЧДД 17 В ММН. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = пульс = 72 ударов в минуту, АД 125/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

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

Ситуационная задача N 217 ! (исправила)

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

- Рос и развивался нормально

- Профессия: преподаватель

. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия.

- Наследственность: у матери — бронхиальная астма, дядя болел туберкулезом.

- Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно

- Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

- 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 течение 14 дней

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 64 кг, рост 175 см. Температура 37,9°C. Кожные покровы

и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Отмечается усиление болезненности при

перкуссии в надбровной области справа. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка — правильной формы. Справа в межлопаточной области притупление перкуторного звука. Над этой же областью выслушиваются звонкие влажные и

крепитирующие хрипы, дыхание ослаблено. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

ЧДД 18

в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

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 812 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-гнойной 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 225 !

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

- Рос и развивался нормально.

- Студент ВУЗ.

- Перенесенные заболевания: детские инфекции.

- Наследственность: неотягощена.

- Аллергоанамнез: неотягощен.

- Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Эпидемиологический

анамнез: со слов пациента

подобные симптомы в ближайшем окружении ни у кого не отмечены.

Проживает в отдельной квартире.

Анамнез жизни

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

Объективный статус
При осмотре кожные покровы
обычной влажности и цвета.
Зев обычной окраски, не
гиперемирован. Носовое
дыхание не затруднено.
Пимфоузлы, доступные для
пальпации, не увеличены
Температура тела 38,4° С В
легких хрипов нет, дыхание
везикулярное, ЧДД 20 в
минуту. Тоны сердца ясные,
аритмичные, ЧСС 86 в минуту,
АД110/70 мм рт. ст. Живот
мягкий, безболезненный при
пальпации. Печень по краю
реберной дуги. Отеков нет.

Вопросы:

- 1)Необходимые методы: ОАК, ОАМ
- 2)Для диагностики осложнений: пульсоксиметрия, Рентген ОГК
- 3)На основании данных можно предположить: Грипп
- 4)Специфическая лаб диагностика: Смывы из полости носа и ротоглотки
- 5)Оптимальный срок забора материала: в течение 3 сут после манифест
- 6)К противовирус преп с прямым противовирус дейст: осельтамивиром и занамивир
- 7)Противовирусные препараты назначаются: не позднее 48 ч после манифест
- 8)Этиотропное лечение у данного пциента может провод: балоксавиром
- 9)Балоксавир пц с массой тела 68 кг назнач в дозе: 40 МГ, ОДНОКРАТНО
- 10)При развитии сухого, напродук кашля у пац может испол: декстрометорфан
- 11)Экстренная химиопроф гриппа может проводитьсяс: умифеновиром
- 12)Противопок к провед проф прививок от гриппа яв: повыш чувствит к криному белку

Задача 226

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

- 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.

Анамнез жизни

Заболел остро накануне днем.

Принимал парацетамол с

незначительным

положительным эффектом

(отметил временное снижение
температуры тела).

Обратился к участковому

терапевту в связи с

вышеуказанными жалобами.

Объективный статус

При осмотре температура тела

39°C. Кожные покровы

обычной влажности и цвета.

Зев обычной окраски, не

гиперемирован. Носовое

дыхание не затруднено.

Лимфоузлы, доступные для

пальпации, не увеличены. В

легких хрипов нет, дыхание

везикулярное, ЧДД 25 в минуту.

Тоны сердца ясные,

ритмичные, ЧСС 100 в минуту,

АД 90/60 мм рт. ст. Живот

мягкий, безболезненный при

пальпации. Печень по краю

реберной дуги. Отеков нет.

Вопросы:

- 1)Необходимыми для пост диагноза: ПЦР диагностика мазка из носоглотки
- 2)Для диагностики осложнений: Пульсоксиметрия, Рентген ОГК
- 3)На основании данных: Гриппа вызванного вирусом типа В, типичной формы, средней степени тяжести
- 4)Средняя ст тяж теч гриппа уст при лихорадке: от 38,6 С до 39,5, пульсе 90-120 уд/мин, систолич АД менее 110 мм.рт.ст
- 5)На фоне острого периода заболевания, учитывая возраст больного чаще всего : вирусно-бактериальной пневмонии
- 6)К противовирус препаратам с прямым противовирус действием: осельтамивиром
- 7)Осельтамивир при среднетяжелом течении назнач внутрь: 75; 2
- 8)Длительность приема осельтамивира при среднетяжелом течении гриппа составляет: 5
- 9)Рек начать лечение гриппа препаратами с прямым противовирус действием: 48
- 10)и сухом непродукт, надсадном кашле у пациента может исполъ: бутамират
- 11)Экстренная химиопрот гриппа может провод: балаксавиром
- 12)Спец прот гриппа вкл: проведение вакцинации

Задача 228

Ситуация

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

Жалобы

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 подъёме на 1 лестничный пролет, что вынуждает его остановиться и отдохнуть. Иногда к вечеру возникает умеренная отечность ног. Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ.

Профессиональный анамнез: работа в офисе.

Малоподвижный 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 не отягощен. Анамнез жизни

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 у эндокринолога, принимает: гликлазид 60 мг и метформин 1500 мг в сутки, уровень гликозилированного гемоглобина 2 месяца назад составил 6,8%. Одновременно с 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. Повышения АД не отмечалось. При детальном расспросе выяснено, что примерно полгода назад после выраженной гипогликемии с уровнем глюкозы крови 2,5 ммоль/л (пациент принял сахароснижающие лекарства и опаздывая на работу не успел поесть) к вечеру возникла

выраженная слабость, холодный липкий пот (уровень гликемии при этом был в норме). На следующий день при незначительной нагрузке возникала одышка и выраженная слабость. Данное плохое самочувствие пациент объяснил низким АД, которое ему не было свойственно, в те дни АД составляло 95/65 - 110/70 мм.рт.ст. Пациент взял отпуск на неделю и «отлежался дома», много отдыхал, сильно ограничил свою физическую активность. Постепенно состояние его улучшилось, повысилась толерантность к физической нагрузке, однако одышка сохранилась.

Объективный статус

Состояние

удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,60 С. Больной гиперстенического телосложения. Рост 180 см, вес 90 кг, ИМТ 27,78 кг/м², объём талии 109 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие, высыпаний нет. Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, с небольшим притуплением в нижних отделах. При топографической перкуссии — границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные влажные хрипы. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от

среднеключичной линии.
Границы относительной
тупости сердца в пределах
нормы. При аускультации
сердца: тоны ясные,
ритмичные, шумов нет. Пульс
94 в 1 мин, удовлетворительного
наполнения и напряжения,
АД 135/85 мм рт. ст. Язык обложен
белым налетом. При
поверхностной пальпации
живот мягкий, безболезненный.
Симптомов раздражения
брюшины нет. Пальпация
кишечника без особенностей.
Нижний край печени
пальпируется у края реберной
дуги, гладкий, мягкий,
безболезненный. Размеры
печени по Курлову 10-9-8 см.
Селезенка не увеличена.
Область почек не изменена,
почки не пальпируются,
симптом поколачивания
отрицательный с обеих сторон.
Мочевой пузырь расположен за
лонным сочленением, не
пальпируется; болезненность в
области верхней и нижней
мочеточниковой точках не
определяется.

Вопросы:

- 1) Выберите необходимые лабораторные: Глюкоза крови натощак, гликозилированный гемоглобин, клинический анализ крови, липидный спектр крови
- 2) Выберите инструмент: ЭКГ, ЭхоКГ, Рентген ОГК
- 3) Основным заболеванием на основании результатов: ПИКС
- 4) Типичными признаками ХСН: одышка, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка, снижение толерантности к нагрузкам, слабость и утомляемость, увеличение в объеме лодыжек
- 5) Как дополнительное лабораторное исследование: определение уровня натрийуретических гормонов
- 6) Противопоказанием к физической реабилитации при ХСН: Активный миокардит, стенозы клапанных отверстий, цианотичные врожденные пороки
- 7) Помимо назначения из группы статинов: иАПФ + Б-АБ+ АСК+ сахароснижающие препараты
- 8) Критерием адекватности дозировки Б-АБ: 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 с острым инфарктом миокарда и АВ блокадой 2 степени: ивабрадин

Задача 229

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

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, гайморит. Профессиональный анамнез не отягощен, работает учителем в школе, работа связана с психозмоциональным стрессом. Вредные привычки: курит 20 лет, по полпачки сигарет в день. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен

Анамнез жизни

Данные жалобы беспокоят несколько недель, возникновение их связывает со 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

Объективный статус

Состояние

удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,60 С. Больной гиперстенического телосложения. Рост 182 см, вес 102 кг, ИМТ 30,79 кг/м².

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии — границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии.

Границы относительной тупости сердца: верхняя - ||| межреберье, правая — по правому краю грудины, левая - в V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии.

При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет.

Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При

поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей.

Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9—8-7 см.

Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена,
почки не пальпируются,
симптом поколачивания
отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

- 1) Приоритетным для постановки диагноза инструмент методами являются: Рентген ОГК, спирометрия, ЭГДС
- 2) Кашель у данного пациента вызван: Забросом содержимого желудка в гортань
- 3) Методом позволяющим верифицировать ГЭРБ: внутрипищеводная суточная рН-метрия
- 4) Пациентам с подозрением на внепищеводное проявление ГЭРБ: рН- импедансометрия
- 5) На основании результатов объективного осмотра можно поставить диагноз: Основное заб: ГЭРБ, эрозивный эзофагит ст А. Сопут: Ожирение 1 ст
- 6) Помимо ИПП: прокинетики
- 7) К рекомендациям по изменению образа жизни: уменьшение массы тела
- 8) Применение монотерапии антацидами возможно: редко возник 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 : кашель
- 11) Пищевод Барретта: аденокарциномы
- 12) Показанием к антирефлюксному лечению ГЭРБ: повторные кровотечения

Ситуационная задача №231

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.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет - инфаркт миокарда, у матери - хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез жизни

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больной гиперстенического телосложения, признаки абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ - 32.6 кг/м², ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

3. клинический анализ крови
анализ кала на скрытую кровь

ЛИПИДНЫЙ профиль сыворотки крови

2. • ЭГДС Обоснование

• регистрации ЭКГ В 1 2 отведениях Обоснование

• ЭХО-КГ Обоснование

• пробы С физической нагрузкой Обоснование

3. Исследование наличие инфекции Н. Pylori

4. ГЭРБ

5. • Основное заболевание: ГЭРБ, эрозивный эзофагит, ст А; хронический Helicobacter рууп-ассоциированный гастрит в фазе обострения; язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва малой кривизны желудка диаметром 7 мм); сопутствующее: Ожирение I ст

6. прокинетики в стандартной дозе

7. снижение массы тела

8. 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. 4-6 недель

10. определение антигена h pylori в кале

11. 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)

12. абдоминальное ожирение

Ситуационная задача №232

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

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери -бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез жизни

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ - 22,1 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. SpO₂ - 97%. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Первым этапом диагностики будет выполнение (выберите 3)

- ЭГДС Обоснование
- рентгенологического исследования легких обоснование
- СПИРОМЕТРИИ Обоснование

2. Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить (выберите 2)

- рН- импедансометрия
 - бронхоконстрикторные тесты Обоснование
3. Помимо клинического анализа крови, необходимым лабораторным обследованием будет
- анализ кала на скрытую кровь обоснование
4. Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить
- исследование на наличие инфекции *H.pylori* Обоснование
5. На основании результатов объективного осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз
- ГЭРБ, эрозивный эзофагит ст А. Хронический *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва пилорического отдела желудка диаметром 6 мм) Обоснование
6. Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения л
- тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе обоснование
 - тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Домперидона в удвоенной дозе
 - четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе
 - четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Альгинатов в стандартной дозе
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)
- Обоснование
8. Для потенцирования терапевтического эффекта **ИПП** при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни к леч добавить: эзофагопротекторы
9. В качестве неинвазивных методов первичной диагностики инфекции *H. pylori* используют (выберите

2)

- уреазный дыхательный тест обоснование
- определение антигена *H. pylori* в кале Обоснование

10. Одним из факторов риска язвенного кровотечения является

- инфекция *H. pylori* Обоснование

11. Возможный ложноотрицательный результат диагностики инфекции *H. pylori* обусловлен тем, что

- исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее обоснование

12. При язвенной болезни у беременных назначают

- невсасывающиеся антациды и адсорбенты обоснование

Задача 2

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.

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

Объективный статус общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, масса тела – 67 кг, ИМТ=26,8 кг/м². Окружность талии – 86 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: болезненность при пальпации в области паравerteбральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 160/90 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, 2 стадии, 2 степени, высокий1 риск ССО

4) У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП....
SCORE

5) В таблице SCORE для оценки сср отсутствует показатель

Глюкозы крови

6) Поимодиеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке необходимо рек

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 антигипертензив

увеличить

10) Т-критерий представляет собой стандартное отклонение выше или ниже ср показателя 20-29

11) С учетом результатов лучевой диагностики Т-score = -2,9 поясничного отдела

Тяжелому остеопорозу

12) Из-за высокого риска ссо и тромбозмблорий практическим специалистам не рек

Стронций ранелат

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 30 лет 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 30 мг/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 плазме
- 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 2 стадии, 2 степени высокий риск ССО

4) Для оценки функции почек пациенту также необходимо опр в моче уровень альбумина

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

-С3а, А2

6) Больному следует назначить: комбинации 2-х антигипертензивных препаратов

7) В схему лечения необходимо вкл

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 систол АД для пациента с расслаивающейся аневризмой аорты 100-110

10) Оптимальным временем достижением целевого уровня систол АД в данной ситуации яв

20 мин

- 11) Для осущ конитролируемой гипертензии при расслаивающей аневризме аорты в доп к бета- бл нитроглицерина
- 12) Оперативное лечение расслаивающей аневризмы аорты
Показано в кратчайшие сроки

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 Вotчала. 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 3 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 _____

- С2, А2

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 рек пациенту проводить мониторинг

АЛТ, АСТ

10. Целевым уровнем ХсЛПНП для данного больного яв

Менее 1,4

11. При отсутствии достижения целевого уровня ХсЛПНП при назнач. высоких доз статинов

эзетимиб

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 жизниРосла 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.Симптом Ходсона – это.....

Уменьшение толщины паренхимы на полюсах почки по сравнению с средней частью

5.оценки функции почек пациентке необходимо

микроальбуминурии

6.У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

S3b,A2

7.У пациентки _____ риск развития сердечно-сосудистых осложнений

высокий

8.Больной необходимо назначить

Провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии

9. При оценке бактериурии в обычных условиях значимым считается уровень

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 др интерстициальных поражений почек отл

Отек и нейтрофильной инфильтрат почечной лоханки

Задача, ее не было

Женщина 70 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

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 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

Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, миома матки.

Вредные привычки: не курит, злоупотребляет алкоголем отрицает

Объективный статус:

ИМТ = 36 кг/м

Пастозность голеней

Симптом поколачивания положительный с обеих сторон

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.

- 1.ОАМ, глюкоза плазмы натощак, исследование ОХС, уровень креатинина плазмы
2. внеофисное измерение АД, ЭКГ, ЭХО, УЗИ почек
3. Хронический пиелонефрит. Поликистоз почек. Почечная АГ
4. Микроальбуминурия
5. С3b,A2
6. высокий ССР
7. провести бак посев мочи для выбора антибактериальной терапии
8. увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС
9. иАПФ+ калийсберегающий диуретик
10. иАПФ
11. гиперкалиемия
12. гиперкалиемия

Задачи не было

Мужчина 57 лет обратился мы самостоятельно в приемное отделение больницы.

Жалобы на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через пять минут.) без эффекта, общую слабость.

Анамнез заболевания

в течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжени (I-II ФК) На экг 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 минут., депрессия сегмента ST II,III,AVF, V5-V6, что расценена как снижение кровоснабжение левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бетта адреноблокаторы (биспролол), 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 инфаркта миокарда в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдать ИБС, АГ. Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки курит около 40 лет 1/2 – 1пачки сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

- 1.ЭКГ, измерение уровня тропонина I или тропонина Т
2. V3R и V4R

3. aVL (или aVL и I)
4. OKCnST
5. задний
6. ЧКВ
7. АСК 300 мг + тикагрелор 180 мг
8. введение пероральных антикоагулянтов
9. 120 мин
10. 80
11. активированное частичное тромбопластиновое время
12. ФЖ

Задача ее не было

Мужчину 56 лет самостоятельно обратился в приемное отделение ГБ

Жалобы на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 минут), Без эффекта, общая слабость.

в течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжени (I-II ФК) На экг 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 минут., депрессия сегмента ST II,III,AVF, V5-V6, что расценена как снижение кровоснабжения в области нижне-боковой стенки левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета - адреноблокаторы (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 инфаркта миокарда в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ. Аллергологический анамнез не отягощен.

- 1.ЭКГ, измерение уровня тропонина I или тропонина Т
2. V3R и V4R
3. локальный а-, гипокинез
4. OKCnST
5. ЧКВ
6. АСК 300 мг + тикагрелор 180 мг
7. введение парентеральных антикоагулянтов
8. 70-100
9. 120 мин

10. 80

11. незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

12. 120-150

Задача 12

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.

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

УЗИ ОБП

3) Какой основной диагноз?

-Инфекционный эндокардит

4) По характеру течения у пациента признаки _____ инфекционного эндокардита

-подострого

5) Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии

-Duke

8 «Золотым стандартом» диагностики инфекционного эндокардита является

-эхокардиография

7) Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите проводится в течении недель

-2-6

8) Предпочтительный путь введения

Внутривенный

9) Терапию инфекционного эндокардита непротезированных клапанов

2

10) у пациентов с непереносимостью бензилпенициллина или цефтриаксона

Ванкомицина

11) Экстренное оперативное вмешательство рекомендуется пациентам

Сердечной недостаточностью (отек легких, кардиогенный шок)

12) Показанием к раннему оперативному вмешательству при инфекционном эндокардите

Осложнение эмболического характера

Задача 13

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.

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 Т/или высокочувствительного тропонина

-ЭКГ покоя в 12 отведениях

Измерение креатинина

Измерение уровня глюкозы

2.Наиболее ранний неспецифич маркер

Миоглобин

3.Больного необходимо

госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

4.Какой предварительный диагноз?

-ОКСбпST

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?

ИмбпST

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

GRACE

7.У пациента сумма баллов по шкале GRACE равна 105

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 ОКСбп ST лечение б-бл не следует
Интервала PQ более 0,24 сек

11. Назначение препаратов группы гепарина больным с ИМбпST
Показано

12. Инвазивная коронарография показана пациенту при
Неэффективности оптимальной медикаментозной терапии

Задачи не было
Пациент С. 53 лет обратился к кардиологу

Жалобы

На внезапно возникший эпизод учащенного ритмичная 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.

Анамнез жизни

Работает начальником кадров. Перенесённые заболевания острое нарушение мозгового кровообращения два года назад диагностированное по результатам МРТ головного мозга, сохраняется слабость левой руке. Наследственность мама 78 лет относительно здорова, отец 80 лет гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки курит по ¼ пачки в день 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

АД 90/60 мм.рт.мт

Живот мягкий, безболезненный

1.определение уровня тиреотропных гормонов

2. ЭКГ, ЭХО

3.Трепетание предсердий

4. Регулярных волн f «пилообразной формы»

5. чреспищеводной

6. Применение чреспищеводной электростимуляции предсердий

7. В/в введение амиодарона

8. 5

9. проведение электрической кардиоверсии

10. 50-75

11. Антагонисты витамина К

12. МНО

Задачи не было

Пациент С. 54 лет обратился к кардиологу

Жалобы

На внезапно возникший эпизод учащенного ритмичная 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.

Анамнез жизни

Работает начальником кадров. Перенесённые заболевания острое нарушение мозгового кровообращения два года назад диагностированное по результатам МРТ головного мозга, сохраняется слабость левой руке. Наследственность мама 78 лет относительно здорова, отец 80 лет гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки курит по ¼ пачки в день 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.\

ЧДД 16 в минуту

ЧСС около 100 в минуту

АД 90/60 мм.рт.ст.

1.определение уровня тиреотропных гормонов

2. ЭКГ, ЭХО

3.Трепетание предсердий

4. Регулярных волн f «пилообразной формы»

5. типичный вариант трепетания

6. 2

7. 20; 1

8. 5,50,1200

9. Катетерную абляцию кавотрикуспидального истмуса

10. функции почек

11. HAS-BLED

Задача 221

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.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Плечевые суставы не изменены, Движения в них безболезненные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный.

Вопросы:

- 1)Для выявления угрозы жизни заболев в первую очередь: ЭКГ в 12 отв
- 2)На ЭКГ: ИМ распространенного переднего
- 3)В данной ситуации участковому терапевту необходимо: АСК, клопидогрель
- 4) Реперфузионная терапия: Возможна, путем ЧКВ
- 5) Пациентке необходимо экстренно назначить: экстренную дефибрилляцию
- 6)При неэффективности трех разрядов энергией в 150- 360 Дж: амиодарона
- 7)После имплантации стента с лекарственным ...: АСК и тикагрелора
- 8)При отсутствии противопоказаний двойную антитромбоцитарную терапию: в течение года
- 9)Через год после начала двойной антитромбоцитарной терапии: тикагрелор
- 10)При отсутствии противопоказаний к АПФ назначение: обязательным 1
- 11)Для уточнения показаний к Б-АБ следует выпол: ЭхоКГ
- 12)при отсутствии противопоказаний, назначение бета- адреноблокаторов : обязательным (I)

Задача 219

Ситуация

Мужчина 57 лет обратился к участковому терапевту

Жалобы

На момент визита к врачу жалоб нет, самочувствие удовлетворительное.

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает, изжоги, тошноты, болей в животе и расстройств стула прежде не отмечал.
- курит, алкоголем не злоупотребляет профессиональных вредностей нет
- аллергических реакций не было

Анамнез жизни

Ранее, со слов пациента, заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Около 3—х дней назад после ужина отметил ухудшение в самочувствии, когда стали беспокоить тошнота и боли в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной пищей, не принеся облегчения. Боли, нарастая и убывая, сохранялись на протяжении нескольких часов, затем стихли. На следующий день боли не возобновлялись, но отмечал слабость и общее недомогание. Сегодня утром, несмотря на нормальное самочувствие, решил обратиться к врачу.

Объективный статус

Общее состояние

удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 64 31 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптомы Менделя, Мейо-Робсона и Грекова-Ортнера отрицательные.

Вопросы:

- 1) В первую очередь: ЭКГ
- 2) На ЭКГ: ИМ нижнего
- 3) Время: ИМ острый
- 4) неотложная помощь: разжевать таблетку, сод 250 мг АСК
- 5) Реперфузия: не показана
- 6) оценить прогноз пациента: GRACE
- 7) для проведения двойной антитромбоцитарной тер: АСК и клопидогрель
- 8) При отсутствии противопоказаний двойную антиромбоцитарную: в течении года
- 9) Для полной АВ- бл III степени характерно: полная диссоциация между предсердиями и желудочками
- 10) Расширенный комплекс QRS и частота: ниже предсердно-жел узла
- 11) отменить прием бета- бл
- 12) Необходимо выполнить имплантацию ЭКС

Задачи не было

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

- Рос и развивался нормально

- Профессия: преподаватель

. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия.

- Наследственность: у матери — бронхиальная астма, дядя болел туберкулезом.

- Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно

- Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

- 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 течение 14 дней

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 64 кг, рост 175 см. Температура 37,9°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Отмечается усиление болезненности при перкуссии в надбровной области справа. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка — правильной формы. Справа в межлопаточной области

притупление перкуторного звука. Над этой же областью выслушиваются звонкие влажные и

крепитирующие хрипы, дыхание ослаблено. Над остальной поверхностью легких -

перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.
ЧДД 18

в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

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

- клинический анализ крови, б/х

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 812 справа. ДН О.
Острый правосторонний фронтит

4. в больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить
Респираторные фторхинолоны

5. К респираторным фторхинолонам относится: левофлоксацин

6. К факторам риска развития пневмонии вызванной полирезисте
Прием цефалоспоринов 3 поколения

7. Пациенту необходимо назначить муколитики

8. Показанием для проведения кТ ОГК яв
Рецидивирующая медленно разрешающаяся пневмония

9.Для терапии Clostridium difficile ассоциированной болезни легких
метронидазол

10. Рекомендованная пациенту доза метронидазола при легкой
500, 3, 10

11. При неэффективности терапии Clostridium difficile ассоциированной болезни
метронидазолом
ванкомицин

12. Эффективными средствами для профилактики и лечения антибиотик

Пробиотики

Ситуационная задача N 215

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает.
- в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- профессиональных вредностей не имела.
- аллергических реакций не было.

Анамнез жизни

Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов

нет. ЧДД 14 В1 ММН. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 В1 МВИН, АД 165/95 ММ рТ. СТ.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования А относятся (выберите 3)

- нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)
- регистрация ЭКГ в 12 отведениях
- трансторакальное эхоКГ

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3)

- клинический анализ крови
- определение уровня креатинина в крови
- исследование липидного спектра крови

4. На основании жалоб пациентки.....

III

4. Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

-III стадии с артериальной гипертензией 2—й степени

5. результаты _____ позволяют констатировать у данного пациента высокий риск смерти

- стресс—эхокардиографии

6. В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию А бисопролола 5 мг 1 раз В день и _____ раз(а) в день

-амлодипина 5 мг 1

7. При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС К терапии можно добавить _____ раза в день

-нитросорбид 10 мг 2

8. Для проф ССО пациентке наряду с назнач АСК в дозе 100 мг 1,4

9. Состояние гемодинамики соответствует _____ классу по Killip III

10. Для купирования отека легких пациентке необходимо вводить Нитроглицерин внутривенно капель

11. Оптимальное время достижения целевого уровня систолического артериального давления составляет не более 20

12. В данной ситуации пациентке показана оксигенотерапия

Ситуационная задача N 215

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания

- хронические заболевания отрицает.
- в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- профессиональных вредностей не имела.
- аллергических реакций не было.

Анамнез жизни

Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов

нет. ЧДД 14 В1 ММН. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 В1 МВН, АД 165/95 ММ рТ. СТ.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования А относятся (выберите 3)

- нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)
- регистрация ЭКГ в 12 отведениях
- трансторакальное эхоКГ

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3)

- клинический анализ крови
- определение уровня креатинина в крови
- исследование липидного спектра крови

3. Жалобы пациентке позволяют диагностировать....

III

4. Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

-III стадии с артериальной гипертензией 2—й степени

5. результаты _____ позволяют констатировать у данного пациента высокий риск смерти

- стресс—эхокардиографии

6. В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию А бисопролола 5 мг 1 раз В день и _____ раз(а) в день

-амлодипина 5 мг 1

7. При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС К терапии можно добавить _____ раза в день

-нитросорбид 10 мг 2

8. Для проф ССО пациентке наряду с назнач АСК в дозе 100 мг
1,4

9. В данной ситуации для лечения отека легких...
морфин

10. Пациентам с рефрактерным отеком легких в сочетании с артериальной гипотонии
добутамина

11. Рекомендуемая скорость инфузии добутамина
2.5-10

12. В данном случае пациентке показана
Ранняя реваскуляризация миокарда

Ситуационная задача N 214

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.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 CM, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной

окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет.
ЧДД

16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, пульс 84 в 1 мин, АД при первом

измерении 175/100 мм рт. ст., при повторном — 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

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. Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

- следствием артериальной гипертензии

6. Оценка риска тромбоэмболических осложнений
2

7. Медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данной пациентки

- возможна, но не обязательна (класс рекомендации IIa)

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

- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

9. Пациентке показана экстренная
Электрическая кардиоверсия

10. Для проведения электрической кардиоверсии
120-150

11. Перед проведением электрической кардиоверсии необходимо ввести
гепарин

12. Пациентке после восстановления синусового ритма показана
4