

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

<b>Уровень образования:</b>	Специалитет
<b>Специальность</b>	31.05.01 Лечебное дело
<b>Направленность программы</b>	Лечебное дело
<b>Форма обучения</b>	Очная
<b>Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)</b>	6 лет
<b>Год начала подготовки</b>	2023 г.
<b>В соответствии с утвержденным УП:</b>	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
<b>шифр и наименование дисциплины</b>	Б1.О.58 Госпитальная терапия
<b>семестры реализации дисциплины</b>	11,12 семестры
<b>форма контроля</b>	Зачет в 11 семестре, экзамен в 12 семестре

г. Москва 2023 г.

## 1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1

**Паспорт фонда оценочных средств**

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи	Знать методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, правила интерпретации их результатов
	ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза	Уметь обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента, направления пациента на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать полученные данные
ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клиничко-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач	Знать общие закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических

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

		действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	<p>ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования</p> <p>ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</p> <p>ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать план физикального обследования пациента, правила интерпретации их результатов (методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания, физикального исследования), лабораторные и инструментальные методы исследований для оценки состояния здоровья и их интерпретацию; классификацию заболеваний внутренних органов, их дифференциальную диагностику, методику постановки диагноза с учетом действующих классификаций (МКБ); порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи.</p> <p>Уметь проводить полное физикальное обследование пациента с заболеваниями внутренних органов и интерпретировать его результаты; обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального исследования пациента, направления пациента на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать полученные данные;</p>

		<p>проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний; сформулировать диагноз с учетом действующих классификаций (МКБ).</p> <p>Практический опыт сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведения полного физикального обследования; методикой проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными; проведения лабораторно-инструментального исследования и интерпретации полученных результатов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; установления диагноза с учетом действующих классификаций (МКБ)</p>
<p>ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими</p>	<p>Знать современные методы немедикаментозного лечения (в том числе, лечебного питания), применения лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях внутренних органов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по</p>

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

		оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников Уметь применять законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников Практический опыт заполнения и ведения медицинской документации

## 2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

### 3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

### 3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

#### (ОПК-4)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза

#### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Задачи с эталонами ответа

1. Женщина 35 лет, библиотекарь, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли в мелких суставах кистей с припуханием и ограничением движений, а также утреннюю скованность продолжительностью около 3-х часов. Из анамнеза: Боли в суставах беспокоят в течение года, лечилась самостоятельно, принимала диклофенак, при приеме которого боли и припухлость в суставах уменьшались. Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост= 165 см, вес = 52 кг. 2,3,4 пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, суставы обеих кистей, лучезапястные суставы с припухлостью и деформацией, движения в них умеренно ограничены. В легких - дыхание везикулярное, ЧД =16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС = 72 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, розовый, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени и селезенки по Курлову: 9,5 х 8 х 7 см и 6 х 4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Результаты амбулаторного обследования: ОАК: Эритроц. = 3,2 х 10<sup>12</sup> /л. Гемог. = 98 г/л, Цв. пок. = 0,84. Лейкоциты = 8,2х10<sup>9</sup> /л: баз.- 0%, эоз. – 1%, палоч. – 4%, сегм. – 71%, лимфоциты – 16%, моноциты – 8%. СОЭ = 23мм/час. ОАМ: цвет - сол.-желт., уд. плотность = 1010, реакция слабокислая. Белок – отрицат. Глюкоза - отрицат. Эпителий плоский – 1-2 в п/зр. Лейкоциты – 1-2 в п/зр.ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, 72 в 1 мин. R I > RII > RIII. RV2 = SV2. Угол α = 35°. Флюорография органов грудной клетки: Корни легких не расширены, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны. Биохимический анализ крови: Глюкоза = 4,3ммоль/л. Креатинин = 101 мкмоль/л. Билирубин = 14,4мкмоль/л. АСТ/АЛТ = 16/20 Ед/л. Холестерин = 4,4ммоль/л. Калий = 4,1 ммоль/л. Общий белок = 81 г/л. СРБ= 120 мг/л. Скорость клубочковой фильтрации = 83мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕРІ).

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

3. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту, какие виды, условия и формы оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены.
4. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данной ситуации? Какие виды и меры профилактики следует считать приоритетными при данной патологии?
5. К какому виду заболеваемости должен быть отнесен данный случай при статистической регистрации; какие показатели используются при анализе уровня и структуры заболеваемости?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

#### 1. Диагноз заболевания и его обоснование:

*Основное заболевание: «Ревматоидный полиартрит, развернутая стадия, неуточненный по серологической характеристике, высокая степень активности (DAS28-ESR 6,26). 2 ФК. Анемия хронического воспаления, I ст. тяжести».*

*Обоснование нозологической формы: признаки артрита (боли, припухлость, скованность) более чем в 10 мелких суставах кистей с утренней скованностью, симметричным опуханием и ограничением движений, сохраняющиеся более 6 недель (наличие 5 диагностических критериев АРА, или 7 баллов EULAR-ARA, 2010, характеризующих РА как «определенный»).*

*Обоснование активности процесса и II степени: наличие припухлости и деформации более чем 10 суставов, снижение качества жизни (продолжительность утренней скованности около 3 часов) и ускорение СОЭ до 23 мм/час при расчете индекса DAS28 дают значения выше, чем 5,1 Обоснование II функционального класса: умеренное ограничение движений в суставах без очевидного нарушения профессиональной деятельности в течение года. Стартовая терапия, исходя из условия задачи и диагноза, должна включать следующий лечебный комплекс:*

- *Диета с исключением универсальных сенсibilизаторов и пищевых аллергенов; ограничение блюд и напитков, содержащих легко усваиваемые углеводы; ограничение соли и животных и растительных трансжиров (например, маргарины, выпечка).*
- *Палатный режим (ограничение физических нагрузок на воспаленные суставы, однако раннее начало упражнений для кистей, направленных на профилактику развития контрактур и анкилозов, сохранение силы и массы мышц).*
- *Симптоматическая «терапия спасения» НПВП по потребности: предпочтительно из группы специфических ингибиторов ЦОГ-2 (целекоксиб, эторикоксиб), или ЦОГ2-селективных НПВП (мелоксикам, нимесулид, ацеклофенак) т.к. в отсутствии данных о состоянии слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, риск желудочнокишечных кровотечений при применении этих препаратов ниже, чем при приеме неселективных НПВП.*

2. Для верификации диагноза, проведения диф. диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии необходимо выполнить следующие исследования: Для уточнения серологической принадлежности процесса: определение РФ, характеризующего наличие аутоиммунного механизма повреждения синови и хряща суставов и лежащего в основе прогрессирования РА с возможностью повреждения соединительной ткани других органов и систем (системных проявлений) - исследование сыворотки крови на наличие антител к циклическому цитрулинированному пептиду (анти-ЦЦП), к модифицированному цитрулинированному виментину/висфатину (анти-МСV), которые

характеризуют РА как серопозитивный, и являются маркерами повышенного риска быстрого прогрессирующего разрушения суставов). Для определения рентгенологической стадии процесса: рентгенография суставов кистей и стоп (выявление эрозивно-деструктивных изменений - «узурации суставного хряща» - является маркерами повышенного риска быстрого прогрессирующего разрушения суставов) с 2-летним интервалом повторных рентгенографий, т.к. количество вновь вовлекающихся за этот период суставов и динамика рентгенологических изменений в ранее пораженных позволяют объективизировать представление о варианте течения (стационарное, медленно или быстро прогрессирующее) и обосновать необходимость коррекции лекарственной терапии. Для уточнения причины анемии: бесконтрольный прием индометацина требует исключения эрозивно-язвенного поражения СОЖ с диapedезной кровоточивостью (ФГС), а также определения уровня железа сыворотки, насыщения трансферрина и ферритина (наиболее вероятно анемия хронического воспаления (нормохромная), но возможна и железодефицитная анемия. Против иммунного гемолитического её генеза свидетельствуют нормальный уровень билирубина и отсутствие характерного увеличения селезенки). Исследование в крови маркеров вирусов гепатита В, С и ВИЧ (ИФА-определение антигенов HBsAg, HBeAg необходимо для дифференциального диагноза с вирусными артритами и исключения противопоказаний к терапии синтетическим болезнью-модифицирующими препаратами. Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ ( $R I > R II > R III$ .  $RV2 = SV2$ . Угол  $\alpha = 35^\circ$ ): задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках бытовых, спортивных) и провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного его аппарата. Критерием качества оказания помощи врачом-терапевтом будет максимально быстрое направление больной на консультацию ревматолога.

3. Организационные этапы оказания медицинской помощи конкретному пациенту определяются на основе утвержденных на федеральном уровне или на уровне субъекта федерации порядков оказания медицинской помощи, протоколов ведения больных, алгоритмов маршрутизации, стандартов оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях и состояниях - от скорой медицинской помощи или первичной медикосанитарной помощи до специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в медицинских организациях различной категории и мощности. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи классифицируются в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323 ФЗ, статья 32 «Медицинская помощь». К видам медицинской помощи относятся: 1) первичная медико-санитарная помощь; 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь. Медицинская помощь может оказываться в условиях: 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому, при вызове медицинского работника; 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). Формами оказания медицинской помощи являются: 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных

острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; 3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью. В статьях 33-36 ФЗ № 323 конкретизируются каждый из видов медицинской помощи. В соответствии со статьей 33 «Первичная медикосанитарная помощь» подразделяется: 1) первичная доврачебная медико-санитарная помощь, оказывается фельдшерами, акушерами и др. медицинскими работниками со средним медицинским образованием; 2) первичная врачебная медикосанитарная помощь, оказывается врачами терапевтами, врачами-терапевтами-участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами); 3) первичная специализированная медикосанитарная помощь, оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в форме плановой, неотложной, экстренной. В соответствии со статьей 34 ФЗ № 323 «Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь» - оказывается врачами специалистами, требует использования специальных методов и сложных медицинских технологий. Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с доказанной эффективностью; оказывается в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в форме плановой, неотложной, экстренной. В соответствии со статьей 35 ФЗ № 323 «Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь» - оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказывается в экстренной и неотложной форме; условия оказания - вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. Медицинская эвакуация - транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий. Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи, включает в себя: 1) санитарно-авиационную эвакуацию; 2) санитарную эвакуацию (наземным, водным и другими видами транспорта. В соответствии со статьей 36 ФЗ № 323 «Паллиативная медицинская помощь» - представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан; может оказываться в амбулаторных и

стационарных условиях. В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи: 1 этап (обращение к участковому терапевту) - первичная врачебная медикосанитарная помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания; 2 этап (госпитализация) - специализированная медицинская помощь, в стационарных условиях, плановая форма оказания; 3 этап (долечивание) - первичная врачебная или специализированная медико-санитарная помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания. Высокая активность воспаления и необходимость мониторингов параметров безопасности при инициации терапии метотрексатом или другим синтетическим препаратом является показанием для госпитализации больной в ревматологическое отделение).

4. Порядок оформления листка нетрудоспособности. При освобождении от работы в связи с временной нетрудоспособностью необходимо руководствоваться действующим приказом (приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 июня 2011 г. № 624н "Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности" с учетом последующих дополнений, утверждаемых приказами Минздрава России, а также в соответствии с официальными разъяснениями Фонда социального страхования). Право выдачи листков нетрудоспособности (ЛН) предоставляется лицам, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности. Не имеют права выдавать ЛН медицинские работники приемных отделений больничных учреждений, скорой медицинской помощи. Выдача ЛН осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. При необходимости выдается несколько ЛН по каждому месту работы или по одному из последних мест работы по выбору гражданина. Выдача и продление ЛН осуществляется после осмотра пациента и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. Бланки ЛН регистрируются в первичной медицинской документации с указанием их номера, дат выдачи и продления, выписки пациента на работу, сведений о направлении пациента в другую медицинскую организацию. Листок нетрудоспособности выдается по желанию пациента в день обращения либо в день закрытия ЛН. При заболеваниях (травмах), когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, ЛН выдается в день установления временной нетрудоспособности на период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни. Выдача и продление ЛН за прошедшее время может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии. При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, лечащий врач единолично выдает ЛН сроком до 15 календарных дней включительно. При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, пациент направляется на врачебную комиссию в медицинскую организацию по месту его прикрепления или регистрации по месту жительства для продления ЛН. По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе ЛН может быть выдан до восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - на срок не более 12 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 календарных дней. В случае длительного лечения выдается новый ЛН (продолжение). При выписке из стационара ЛН выдается в день выписки за весь период стационарного лечения, при продолжении временной нетрудоспособности ЛН может быть продлен до 10 календарных дней. Пациенту, являющемуся временно нетрудоспособным, направленному на консультацию (обследование, лечение) в

медицинскую организацию, находящуюся за пределами административного района, по решению врачебной комиссии выдается ЛН на число дней, необходимых для проезда к месту нахождения медицинской организации. В отдельных случаях (сложные урологические, гинекологические, проктологические и др. исследования, процедуры) при амбулаторном лечении по прерывистому методу ЛН может быть выдан по решению врачебной комиссии на дни проведения соответствующего исследования (манипуляции, процедуры). При направлении в клиники НИИ курортологии, физиотерапии и реабилитации, санаторно-курортные учреждения, ЛН выдается на основании решения врачебной комиссии на время лечения и проезда к месту лечения и обратно. При медицинских показаниях ЛН продлевается лечащим врачом указанных клиник, санаторно-курортных учреждений. При направлении на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения непосредственно после стационарного лечения ЛН продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня. При направлении больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санаторно-курортные учреждения на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет стационарное лечение, а также на долечивание после стационарного лечения ЛН выдается по решению врачебной комиссии противотуберкулезного диспансера и продлевается врачебной комиссией специализированного (противотуберкулезного) санаторно-курортного учреждения на весь период лечения, долечивания и проезда. На медико-социальную экспертизу (МСЭ) направляются по заключению врачебной комиссии граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности: при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 4 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности; при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе - не позднее 10 месяцев при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза. При установлении инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ. Лицам, которым не установлена инвалидность, ЛН может быть продлен по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности с периодичностью продления ЛН по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 дней или до повторного направления на МСЭ. При наличии ошибок в заполнении ЛН он считается испорченным и взамен оформляется дубликат ЛН. В данной ситуации: Первичный ЛН выдается участковым терапевтом единолично в день обращения на срок до 15 дней включительно, в стационаре продление ЛН (при сроке, превышающем 15 дней - по решению врачебной комиссии). При выписке из стационара ЛН выдается в день выписки за весь период стационарного лечения, при сохраняющейся временной нетрудоспособности ЛН может быть продлен до 10 календарных дней. По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе ЛН может быть выдан на срок не более 10 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии, не реже чем через 15 календарных дней. В случае длительного лечения после первичного ЛН выдается новый листок нетрудоспособности (продолжение).

5. Виды и меры профилактики, приоритетные при данной патологии. Общие положения: Виды профилактики: - первичная (предупреждение развития заболеваний, охрана здоровья здоровых), - вторичная (ранняя диагностика и своевременное лечение, диспансерное наблюдение с целью предотвращения осложнений, хронизации); - третичная (лечение и

реабилитация для предупреждения тяжелых неблагоприятных исходов - осложнений, инвалидизации, летальности); Применяемые меры (при каждом из данных видов профилактики): - медицинского характера - иммунопрофилактика, витаминопрофилактика, лечение, и социального (медикосоциального) характера - оздоровление условий труда, обучения, быта, окружающей среды, здоровьесберегающие технологии, здоровый образ жизни (коррекция нездорового образа жизни), отказ от вредных привычек, организация рационального питания, физической активности и т.п.; - специфические (предупреждение развития конкретной патологии, неблагоприятного исхода) и неспецифические; Уровни профилактики: индивидуальный, семейный (с учетом наследственных особенностей, традиций, уклада жизни семьи), групповой (с учетом особенностей коллектива - в детских образовательных учреждениях, на производстве, групп пациентов с однотипными заболеваниями и состояниями и др.), популяционный (для населения в целом), государственный (принятие и реализация законов, программ государственными органами власти). Вид заболеваемости при статистической регистрации данного случая: обращение в связи с данным заболеванием впервые в жизни, следовательно, данный случай относится к первичной заболеваемости. К первичной заболеваемости относятся все случаи острых заболеваний и случаи хронических заболеваний, зарегистрированных у данного больного впервые в жизни. Показатели уровня и структуры заболеваемости: Для оценки уровня первичной заболеваемости рассчитывается интенсивный показатель на 1000 (10 000, 100 000) взрослого населения по формуле: в числителе абсолютное число случаев первичных заболеваний умножить на 1000 (10 000, 100 000), в знаменателе среднегодовая численность взрослого населения. Для оценки структуры первичной заболеваемости определяется доля (в процентах) отдельных классов (нозологий) в общем числе случаев первичных заболеваний - рассчитывается экстенсивный показатель по формуле: в числителе абсолютное число случаев первичных заболеваний определенного класса (нозологий) умножить на 100%, в знаменателе абсолютное общее число случаев всех зарегистрированных первичных заболеваний.

2. Мужчина 42 лет, слесарь-инструментальщик, находится на лечении в стационаре (вторые сутки), на момент осмотра жалоб не предъявляет. Из анамнеза: в день госпитализации во время ходьбы внезапно почувствовал резкую слабость, головокружение, потемнение в глазах, потерял сознание. Со слов сослуживцев, упал на пол, был бледен, покрыт «испариной». Доставлен в стационар бригадой СМП. До этого считал себя здоровым, но при больших нагрузках отмечал умеренную одышку, головокружение. Служил в армии. Отец и брат больного умерли внезапно в возрасте до 50 лет «от какого-то заболевания сердца». Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 168 см. Вес = 66 кг. Кожа и слизистые физиологической окраски, t тела = 36,6 °C. В легких: перкуторно - легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное. ЧД = 17 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: правая — по правому краю грудины, левая — на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя — в 3-м межреберье. Тоны сердца ритмичные, ясные. По левому краю грудины прослушивается систолический шум, нарастающе-убывающей формы, не проводящийся на периферические сосуды. ЧСС = 72 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9 x 8 x 7 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Результаты стационарного обследования: ОАК: Эритроц. = 3,9x10<sup>12</sup> /л, Нb = 130 г/л, ЦП = 1. Лейкоциты = 5,2x10<sup>9</sup> /л: эоз. = 1%, пал. = 1%, сегм. = 66 %, лимф 30%, моноц. = 2 %, СОЭ = 10 мм/час. ОАМ: сол-желтая, прозрачная, уд. вес = 1019, белок, сахар — отр., лейкоциты = 1-2 в п/зр., эритроц. =

01 в п/зр. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин. Электрическая ось +4°. Регистрируются единичные желудочковые экстрасистолы.  $RI > RII > RIII$ ;  $RV6 > RV4$ , высокая амплитуда  $RI$ ,  $RV6$ ,  $RaVL$ . В отведениях  $V2—4$  зубец  $Q$  равный 50% от высоты  $R$ ). Косое смещение вниз сегмента  $ST$ ,  $TV4—6$  отрицательный, неравносторонний. Биохимические исследования крови: глюкоза = 3,8 ммоль/л, амилаза = 19 г/час-л, креатинин = 67 мкмоль/л, билирубин = 7 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 0,4/0,5 моль/час-л, калий = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 3,9 ммоль/л, общий белок = 78 г/л, альбумины = 59 %, глобулины = 41%,  $\alpha_1 = 4$  %,  $\alpha_2 = 9$  %,  $\beta = 13$  %,  $\gamma = 15$ %. АСЛО = 250 ед., СРБ - отр. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) = 105 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕРІ). Исследование функции внешнего дыхания: ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ = 0,85; ЖЕЛ = 98% от должного.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

3. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту, какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данной ситуации? Какие виды и меры профилактики следует считать приоритетными при данной патологии? Укажите основные задачи и функции службы скорой медицинской помощи; какими показателями характеризуется объем и качество деятельности СМП.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз заболевания и его обоснование: Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма. Латентная обструкция выносящего тракта левого желудочка с развитием синкопального состояния при физической нагрузке (дифф. диагноз с аритмическими причинами). Обоснование нозологической формы: симптомы динамической обструкции выносящего тракта ЛЖ после физической нагрузки: слабость, головокружение, потемнение в глазах, потеря сознания, бледность кожных покровов, испарина. Признаки обструкции выносящего тракта ЛЖ при физикальном обследовании (систолический шум характерного типа по левому краю грудины). Признаки гипертрофии левого желудочка при физикальном обследовании (смещение границы относительной тупости сердца влево) и при регистрации ЭКГ ( $RI > RII > RIII$ ;  $RV6 > RV4$ , высокая амплитуда  $RI$ ,  $RV6$ ,  $RaVL$ , Косое смещение вниз сегмента  $ST$ ,  $TV4—6$  отрицательный, неравносторонний). Признаки гипертрофии межжелудочковой перегородки по данным ЭКГ (патологический зубец  $Q$   $V2-V4$ ). Семейный анамнез внезапной сердечной смерти. Обоснование степени обструкции выносящего тракта ЛЖ: отсутствие обструкции в покое, провоцирование обструкции физической нагрузкой. Исходя из условия задачи и диагноза, стартовая терапия должна включать:*

- *Диета № 10 (исключение универсальных сенсibilизаторов и пищевых аллергенов, ограничение блюд и напитков, возбуждающих нервную и эндокринную системы, ограничение соли и жидкости).*
- *Назначение бета-адреноблокаторов без вазодилатирующих свойств (биспролол, метопролола тартрат или метопролола сукцинат, атенолол, пропранолол) в эффективных дозировках (при неэффективности терапии и наличии значимой обструкции выносящего тракта ЛЖ в покое или при провокации – решение вопроса*

о септоредуцирующем оперативном лечении – миоэктомии или септальной спиртовой абляции МЖП).

- Противопоказаны лекарственные средства, увеличивающие силу сокращения ЛЖ или снижающие ОПСС, т.к. они усугубляют симптомы обструкции выносящего тракта ЛЖ.
- Медико-генетическое консультирование с решением вопроса о тактике обследования родственников первой линии в зависимости от наличия и степени патогенности выявленных мутаций.
- Стратификация риска внезапной смерти и уточнение показаний к имплантации ИКД (на основании имеющихся данных и результатов дополнительных исследований) – Американская или Европейская модель

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования: Для дополнительной объективизации ГКМП и количественной оценки внутрижелудочкового градиента обструкции: ЭХО-КГ (толщина стенки ЛЖ в одном или более сегментах  $\geq 15$  мм, S-образная деформация и утолщение МЖП, передне-систолическое движение створки митрального клапана, градиент давления в выносящем тракте ЛЖ  $\geq 30$  мм рт. ст. (значимый -  $\geq 50$  мм рт. ст.) Для уточнения характера динамической обструкции: стресс-ЭХО-КГ с пробами, усиливающими динамическую обструкцию: проба Вальсальвы, проба с физической нагрузкой, проба с изопrenalином. Для уточнения анатомии сердца, функции желудочков, оценки фиброза миокарда: МРТ сердца. Для определения наличия и степени значимости желудочковых нарушений ритма: суточное мониторирование ЭКГ.

3. Основные задачи и функции службы скорой медицинской помощи. В соответствии со статьей 35 ФЗ № 323, задачей скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (СМП) является оказание гражданам медицинской помощи при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. В случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий). СМП оказывается в экстренной или неотложной форме; в условиях - вне медицинской организации, амбулаторных и стационарных. На догоспитальном этапе СМП осуществляется медицинскими работниками станций скорой медицинской помощи, отделений экстренной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), отделений скорой медицинской помощи ЛПУ, а также медицинскими работниками ЛПУ, оказывающих скорую специализированную (санитарно-авиационную) медицинскую помощь. На госпитальном этапе скорая медицинская помощь осуществляется медицинскими работниками отделения экстренной медицинской помощи ЛПУ. Структурными подразделениями службы СМП являются станции, подстанции, отделения СМП, выездные бригады, в том числе фельдшерская, врачебная, педиатрическая, интенсивной терапии и другие специализированные бригады. Основными функциями станции скорой медицинской помощи являются: круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно- профилактических учреждений, при

катастрофах и стихийных бедствиях, а также обратившимся за помощью не посредственно на станцию СМП; осуществление своевременной транспортировки (а также перевозки по заявке медицинских работников) больных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи. Выездная бригада СМП осуществляет: прибытие к пациенту (на место происшествия) в пределах установленного норматива времени, установление диагноза, проведение мероприятий, направленных на стабилизацию или улучшение состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировку его в лечебно-профилактическое учреждение; передачу пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу (фельдшеру) стационара лечебно-профилактического учреждения; обеспечение сортировки больных (пострадавших) и установление последовательности оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях. СМП медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно, за счет средств обязательного медицинского страхования. Показатели деятельности медицинских организаций по оказанию СМП. Показатели, характеризующие объем деятельности: количество вызовов СМП в расчете на 1 жителя; доля «непрофильных» вызовов; % доставленных в стационар (по профилям), % госпитализированных, частота отказов в госпитализации, % перетранспортировки в другие ЛПУ. Показатели, характеризующие качество работы: доля пациентов, которым СМП оказана в течение 20 минут после вызова; % расхождений диагнозов СМП и при поступлении в стационар; тактических ошибок (в сопоставлении с алгоритмами); догоспитальная летальность (доля до прибытия бригады, в присутствии бригады, в машине); досуточная летальность в стационаре.

3. Женщина 42 лет, преподаватель гуманитарного колледжа, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на приступы ноющих и колющих болей в области сердца, не связанных с физической нагрузкой, не купирующихся нитроглицерином, сопровождающихся повышением АД до 150/90 мм рт. ст., страхом смерти, ознобом, сердцебиением и перебоями в работе сердца. Приступы заканчивались самостоятельно через 30 минут частым обильным мочеиспусканием. После приступа отмечает слабость, разбитость. Из анамнеза: 5 лет назад, после тяжелой психической травмы, начали беспокоить колюще-ноющие боли в области сердца продолжительность до 2 часов, а иногда и более, которые уменьшались после приема валокардина. В последние два года стала отмечать учащение болей в области сердца с сердцебиением, ознобом, чувством страха и повышением АД до 145 /90 мм рт. ст. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост = 168 см. Вес = 91 кг. t = 37,2°C. В легких - дыхание везикулярное ЧД = 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС = 100 в 1 мин. АД=140/90 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Пальпируется выступающий на 1 см. из-под реберной дуги гладкий, ровный, эластичной консистенции, безболезненный край печени. Размеры печени по Курлову: 10(1) x 8 x 7 см. Селезенка: 8 x 6 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Результаты стационарного обследования: ОАК: Эритро. =  $4,2 \cdot 10^{12}$  /л. НЬ = 140 г/ л, Цв. пок. = 0,95. Лейкоциты =  $4,8 \cdot 10^9$  / л: баз.= 0%, эоз.= 1%, п/я = 3%, с/я = 65%. Лимфоциты = 28%. Мо- ноц. = 3%. СОЭ12 мм/ час. ОАМ: цвет - соломенно-желтый, уд плотность = 1012, реакция кислая. Белок - отр. Глюкоза - отр.. Эпителий плоский = 2-3 в п/ зр. Лейкоциты = 1 -2 в п/ зр. ЭКГ: Динамичные изменения фазы реполяризации в виде отрицательных зубцов Т в отведениях

V 2-3 и сниженных T в отведениях V 4-5 Биохимические исследования крови Глюкоза = 4,4 ммоль/л. Амилаза = 21 г/ч<sup>л</sup>. Креатинин = 46 мкмоль/л. Билирубин = 14,7 мкмоль/л, АСТ = 0,16 ммоль/час-л. АЛТ = 0,18 ммоль/час-л. Холестерин = 3,74 ммоль/л. Калий = 4,5 ммоль/л. Общий белок = 80 г/л: альбумины = 62,0 %, глобулины = 38,0% (a1 = 2,7 %, a 2 = 7,4%, в = 11,7 %). СРБ — отриц. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) = 90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕРІ).

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

3. Укажите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту, какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены. Охарактеризуйте медико-социальную значимость сердечно-сосудистых заболеваний.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

- *Диагноз заболевания и его обоснование: Феохромоцитома. Симптоматическая артериальная гипертензия, 1 степень. ХСН 1 функционального класса. Обоснование нозологической формы: наличие в анамнезе стресса и прием трициклических антидепрессантов (факторы риска). Симптомы классической триады, характерной для катехоламиновых кризов: головная боль, сердцебиение, повышенное потоотделение. Обоснование степени обструкции выносящего тракта ЛЖ: продолжительные приступы (до 30 мин) не чаще 1 раза в неделю, с повышением систолическое АД до 250 мм рт. ст. с гипергликемией, глюкозурией; в межприступный период сохраняется постоянная артериальная гипертензия. Исходя из условий задачи, стартовая терапия должна включать: Строгий постельный режим, изголовье кровати должно быть приподнято;*
- *Блокада α-адренорецепторов (тропафен в/в, струйно 1 мл 1% раствора в 10 мл изотонического раствора NaCl; повторять введение каждые 5 мин до купирования криза);*
- *Блокада β-адренорецепторов для предупреждения или устранения аритмий можно проводить только на фоне блокады α-адренорецепторов; используют пропранолол (12 мг в/в каждые 5-10 мин);*
- *При эффективности блокады α-адренорецепторов может потребоваться восполнение ОЦК.*
- *Хирургическое лечение: адреналэктомия с мониторингом АД, ЦВД, ЭКГ. Для стабилизации гемодинамики до перевязки центральной вены надпочечника, используется тропafen в сочетании с в-блокаторами. Важной профилактикой адреналовых кризов во время операции являются щадящие механические манипуляции с опухолью (следует избегать ее «излишней пальпации») и быстрота выполнения вмешательства.*

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования: Для дополнительной объективизации феохромоцитомы: определение содержания катехоламинов и продуктов их распада в крови и моче. Определение общей концентрации свободных катехоламинов

(норадреналина, адреналина и дофамина) в моче. Для установления локализации опухоли и поиска возможных метастазов: Компьютерная или магнитнорезонансная томография органов брюшинного пространства, брюшной полости и таза Для уточнения морфологии опухоли: макро- и микроскопическое исследование операционного материала. Для определения степени значимости желудочковых нарушений ритма: суточное мониторирование ЭКГ.

3. Обязательно направление больной на консультацию к кардиологу и хирургу-эндокринологу. Тактически оправдана госпитализация в стационар (желательно в отделение хирургической эндокринологии) для выполнения необходимых уточняющих исследований (с участием кардиолога) и оперативного лечения. Для характеристики медико-социальной значимости проблемы общественного здоровья следует отразить ряд составляющих, а именно то, что данная проблема связана со значительным социально-экономическим ущербом, наносимым обществу в связи с:

- Высокой распространенностью данного вида патологии (общей и/или первичной заболеваемостью), особенно среди населения детского и/или трудоспособного возраста;
- Временной и стойкой утратой трудоспособности;
- Летальностью;
- Смертностью, в том числе преждевременной;
- Выраженным влиянием социальных факторов риска развития данной патологии, в том числе, образа жизни;
- Значительными затратами на лечение, реабилитацию, оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- Необходимостью реализации комплекса мер медико-социальной профилактики.

4. Мужчина 42 лет, директор завода, обратился в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на сильные боли в правой стопе, головную боль, повышение t тела до 38,3°C. Заболел остро, симптоматика заболевания появилась накануне ночью, по возвращении с юбилейного банкета. Подобное состояние было год назад, тогда к врачу не обращался. Из анамнеза: в течение 5 лет периодически регистрируется малосимптомное повышение АД; за последний год были три приступа почечной колики. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост = 164 см. Вес = 81 кг. Кожа влажная, чистая. Температура тела = 38,4°C. Лимфоузлы не увеличены. Правый голеностопный, правый первый плюснефаланговый суставы резко отечны, багрово-синюшного цвета, крайне болезненны при движении, кожа над ними горячая; остальные суставы не изменены. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 20 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, верхняя - 3 межреберье. Тоны сердца ясные, акцент II тона и систолический шум во втором межреберье справа. ЧСС = 92 в 1 мин. АД = 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется выступающий на 1 см. из-под реберной дуги гладкий, ровный, эластичный, безболезненный край печени. Размеры печени по Курлову: 10 (1) x 8 x 7 см. Селезенка: 8 x 6 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Результаты стационарного обследования: ОАК: Эритроц. = 4,8x10<sup>12</sup> /л, НЬ = 159 г/л, ЦП = 1. Лейкоциты = 9,9 x10<sup>9</sup> /л: эоз. = 5%, пал. = 8%, сегм. = 71%, лимф. = 13%, моноц. = 3%. СОЭ = 42 мм/час ОАМ: сол-желтая, прозрачная, уд. вес = 1018, белок, глюкоза - отр., лейкоциты = 2-3 в поле зрения, эритроц. = 0-1 в поле зрения, ураты +++ ЭКГ: Ритм синусовый, 78 в 1 мин. R I > R II > R III ; R V6 > R V4 , R V3 = S V3 , высокая амплитуда R I

,R V6 . Биохимические исследования крови: глюкоза = 6,2 ммоль/л, креатинин = 120 мкмоль/л, мочевая кислота 412 мкмоль/л, билирубин = 16 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 32/28 МЕ. Калий = 4,9 ммоль/л, общий холестерин = 6,2 ммоль/л. Общий белок = 78 г/л. СРБ = 56 мг/л. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) = 67 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕРІ).

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.
3. Укажите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту; какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены.
4. Какие виды и меры профилактики следует считать приоритетными при данной патологии? Какие критерии характеризуют доступность и качество оказания медицинской помощи в терапевтическом отделении стационара и какие меры способствуют повышению эффективности стационарной медицинской помощи?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

*1. Диагноз заболевания и его обоснование: Подагра. Острый артрит голеностопного и I плюснефалангового суставов справа. ФК II. Подагрическая нефропатия: мочекаменная болезнь. ХБП С2 Ах. Гипертоническая болезнь III степени, II стадии (в сочетании в нефрогенной гипертензией), риск – IV. Ожирение I ст. Высокая гликемия натощак. Гиперхолестеринемия. Обоснование нозологической формы: зарегистрировано более одной атаки острого артрита с характерными проявлениями: воспаление достигает максимума в первый день, покраснение кожи над пораженным суставом; припухание и боль в I плюснефаланговом суставе; одностороннее поражение суставов стопы, уровень мочевой кислоты 412 мкмоль/л. наличие 9 баллов классификационных критериев EULAR/ARA 2015 достаточно для диагноза определенной подагры. Обоснование II ФК: ограничение повседневной и профессиональной деятельности, но без очевидного нарушения способности к самообслуживанию. Обоснование нефропатии: Развитие подагрической нефропатии может проявляться в нескольких формах: мочекаменная болезнь, интерстициальный нефрит, острое почечное повреждение. Обоснование ХБП С2: Расчетная скорость клубочковой фильтрации 67 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕрІ). Ах – необходима количественная оценка суточной альбуминурии для оценки степени. Изменение функции почек может быть транзиторным. Обоснование степени и стадии ГБ: повышение диастолического АД до 110 и выше мм рт. ст соответствует III степени. Наличие поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка) характерно для II стадии. Независимо от факторов риска, повышение АД до III степени соответствует IV степени риска сердечно-сосудистых осложнений. Обоснование ожирения I ст. (по классификации Института здоровья АН США, 1989) значения индекса массы тела = 29,7 кг/м<sup>2</sup>. Выявление уровня гликемии натощак 6,2 ммоль/л требует уточнения характера нарушения обмена углеводов. Поскольку при высокой гликемии натощак проведение перорального теста толерантности к глюкозе не этично, необходима оценка уровня гликемии, гликированного гемоглобина и иммунореактивного инсулина в одной порции крови, взятой после 14-часового голодания.*

2. Тактически оправдано амбулаторное лечение пациента при создании условий активного наблюдения на дому в первые три дня заболевания. При неэффективности терапии возможна госпитализация в стационар (желательно в ревматологическое отделение) для выполнения необходимых уточняющих исследований и определения оптимального объема лекарственной терапии. Пациент имеет показания к установлению временной нетрудоспособности (выдаче листка нетрудоспособности). Исходя из условия задачи и диагноза, стартовая терапия должна включать:

- Увеличение потребления питьевой воды не менее 2 л в сутки. Диета, умеренно гипокалорийная, обогащенная молочными продуктами с низким содержанием жира, приводит к снижению сывороточного уровня мочевой кислоты и частоты приступов. Алкоголь, особенно пиво (независимо от содержания алкоголя) и крепкие спиртные напитки (особенно ликёры), а также фруктоза (прежде всего, в виде подслащённых напитков) являются независимыми фактором риска развития подагры. Напротив, ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения (мясо и морепродукты), обогащение рациона молочными продуктами и снижение веса способствуют снижению сывороточного уровня мочевой кислоты.
- Амбулаторный режим (при неэффективности лечения - палатный, на период активного воспаления).

Неотложные мероприятия по купированию «подагрического криза» (острого приступа подагрического артрита): 1,5 мг в первый день (1 мг и через час ещё 0,5 мг и 1 мг со следующего дня), что может быть достаточно у большинства пациентов. В последующие 4-5 день терапию колхицином продолжают с постепенным снижением дозы препарата. Другими эффективными средствами лечения острого приступа подагры являются НПВП, которые назначают в первый день в максимальной разрешенной суточной дозе (диклофенак 150 мг/сут, нимесулид 200 мг/сут, эторикоксиб 120 мг и др.). Назначение НПВП должно сопровождаться мониторингом функции почек и АД. При неэффективности (или непереносимости) терапии вышеперечисленными препаратами могут быть использованы глюкокортикостероидные препараты внутрисуставно или внутримышечно, назначение средних доз глюкокортикоидов перорально с быстрой отменой (30-35 мг преднизолона в сутки в течение 3-5 дней с полной отменой препарата за 10-14 дней). Данная терапия эффективна и сопоставима по безопасности с нестероидными противовоспалительными препаратами в лечении острого приступа артрита. Назначение моноклональных антител к интерлейкину -1 (канакинумаб) может быть рекомендовано пациентам с наличием абсолютных противопоказаний и/или неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов, колхицина и глюкокортикоидов для купирования острого приступа артрита. Нанесение на область пораженных суставов гелей и кремов, содержащих НПВП неэффективно. В период острого приступа подагры начало урикодепрессивной терапии запрещено (увеличивается риск рецидива артрита). Рекомендуется проведение уратснижающей терапии всем пациентам со стойкой гиперурикемией и острыми атаками артрита (с частотой приступа  $\geq 2$  в год), хроническим артритом, наличием тофусов (независимо от локализации и метода выявления (при осмотре, методами лучевой диагностики) или уровень урикемии выше 600 ммоль/л, или уратных камней. Пациентам с дебютом подагры в возрасте менее 40 лет, при наличии почечной патологии, коморбидных заболеваний, уратснижающую терапию следует инициировать сразу после первого приступа артрита. Данному пациенту будет показано проведение урикодепрессивной терапии.

Рекомендуется назначение препарата в исходно низкой дозе (50-100 мг ежедневно) с последующим увеличением (при необходимости) по 100 мг каждые две-четыре недели, что особенно важно у пациентов с почечной недостаточностью начиная с 100 мг/сут с увеличением на 50 мг один раз в 14 дней до целевого показателя урикемии менее 360 мкмоль/л и под контролем концентрации креатинина, АЛТ/АСТ. Снижение частоты рецидивов, уменьшение размеров тофусов (камней) отмечается только после 4-6 месяцев терапии, при условии достижения целевых показателей урикемии. Рекомендуется у больных с тяжелой тофусной подагрой поддержание сывроточного уровня мочевой кислоты менее 300 мкмоль/л. Терапия аллопуринолом длительная (от многих лет до пожизненной). В случае развития нежелательных реакций, связанных с применением аллопуринола, а также при недостижении целевого уровня мочевой кислоты в сывротки крови при применении максимально допустимых доз аллопуринола, рекомендуется назначение других ингибиторов ксантиноксидазы (фебуксостат) в дозе 80 мг в сутки, при необходимости доза может быть увеличена до 120 мг в сутки. Для профилактики приступов артрита всем пациентам в течение первых 6 месяцев после начала уратснижающей терапии рекомендовано использовать колхицин (0,5 мг в сутки) и/или нестероидные противовоспалительные препараты (с гастропротекцией при показании). При наличии абсолютных противопоказаний и/или неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы уратснижающей терапии возможно назначение канакинумаба 150 мг подкожно 1 раз в 3 месяца. Антигипертензивная терапия. Приём диуретиков, особенно тиазидных и петлевых, способствует росту урикемии, частоте обострений артрита, что лимитирует их назначение пациентам с подагрой. Благоприятное влияние на снижение АД и концентрации мочевой кислоты продемонстрировал препарат лозартан из группы антагонистов к рецептору ангиотензина II, которые и будет в данном случае препаратом выбора. При необходимости двойной антигипертензивной терапии рациональна комбинация лозартана с амлодипином или лерканидипином. Третьим антигипертензивным препаратом при необходимости может стать агонист центральных имидазолиновых рецепторов моксонидин. Лекарственное лечение ожирения, преддиабета (метформин по 500 -1000 мг после ужина, под контролем уровня гликемии и гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и/или ингибиторы панкреатической липазы орлистат по 120 мг от 1 до 3 раз в день). Крайне высокий сосудистый риск и дислипидемия является показанием к назначению ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов) или их комбинации с ингибитором адсорбции холестерина эзетимиба. Доказательства наличия у отдельных препаратов (лозартан, блокаторы кальциевых каналов, фенофибрат и, в меньшей степени, ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы) дополнительного уратснижающего эффекта, позволяет применять их у больных с подагрой при имеющихся показаниях к назначению, в том числе, в комбинации с ингибиторами ксантиноксидазы (аллопуринол, фебуксостат).

2. Для верификации диагноза основного заболевания, проведения диф. диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии необходимо выполнить следующие исследования: Для установления диагноза подагры: ведущим диагностическим признаком является обнаружение уратов в синовиальной жидкости. В случае принятия решения о проведении пункции сустава может быть получена синовиальная жидкость, подлежащая исследованию. С учетом клинических проявлений требуется дифференцировать артрит от септического. В этом случае также обязательна окраска по Граму и подсчет числа лейкоцитов в 1 мкл синовиальной жидкости. Для уточнения характера патологии почек: следует выполнить ультразвуковое исследование почек (для

уточнения характера мочекаменной болезни), провести пробу Зимницкого (снижение удельного веса мочи является начальным признаком интерстициального нефрита), оценить суточную альбуминурию. Рентгенографическое исследование стоп в прямой проекции: Вероятно, что в данной клинической ситуации типичных рентгенологических признаков подагры не будет обнаружено (в анамнезе только два приступа). Однако получение исходной рентгенологической картины позволит при проведении повторных рентгенографий через 2 года оценить динамику рентгенологических изменений, а в случае необходимости дифференциации диагноза с септическим артритом через 3-4 недели объективизировать представление о варианте течения. На всех стадиях подагры для выявления депозитов уратов и синовита показано проведение УЗИ суставов, при необходимости – МРТ. Для уточнения природы гиперлипидемии (ОХС = 6,2 ммоль/л) целесообразным исследованием является исследование липидного спектра сыворотки крови с целью оценки эффективности гиполипидемической терапии. Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ ( $RI > RII > RIII$ ;  $RV6 > RV4$ ,  $RV3 = SV3$ , высокая амплитуда  $RI, RV6$ ): задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках - бытовых, спортивных), провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного аппарата сердца и изменения структуры камер сердца. Исходя из условий задачи, при госпитализации консультация ревматолога должна быть проведена не позднее, чем в первые три дня.

3. Критерии доступности и качества медицинской помощи в терапевтическом стационаре. Основные критерии оценки доступности и качества медицинской помощи включены в Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ПГГ): удовлетворенность населения медицинской помощью (% от числа опрошенных); выполнение плана и нормативов объема медицинской помощи в стационаре (число койко-дней, койко-дней в расчете на 1 жителя); соблюдение сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме (согласно принятых в ПГГ); количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ, в том числе программы обязательного медицинского страхования; укомплектованность врачами, средними медработниками (% занятых должностей от штатных, % совместительства); доля пациентов, которым оказана медицинская помощь в соответствии с утвержденными порядками и стандартами. Показатели эффективности и рационального использования коечного фонда - соблюдение рекомендуемого норматива среднегодовой занятости койки терапевтического профиля, оборота койки, простоя койки, средней длительности лечения в стационаре. Критерии качества медицинской помощи: своевременность постановки клинического диагноза, полнота и адекватность диагностических и лечебных мероприятий (в соответствии со стандартами, протоколами ведения больных); обеспечение преемственности при оказании помощи на нескольких этапах; частота осложнений; динамика уровня летальности; процент случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов; частота случаев внутрибольничного инфицирования, ятрогенных заболеваний, нарушений норм медицинской этики и деонтологии, прав пациентов на информированное согласие и отказ от медицинского вмешательства, правил ведения медицинской документации.

4. Повышению эффективности стационарной медицинской помощи способствуют: внедрение современных методов диагностики, лечения; повышение уровня квалификации медицинского персонала; внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи, трехуровневой системы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи; повышение доступности и расширение видов

*медицинской помощи в амбулаторных условиях, преемственность при оказании медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах; внедрение стационарзамещающих технологий; оптимизация показателей рационального и целевого использования коечного фонда; совершенствование системы внутреннего, ведомственного, государственного контроля доступности и качества медицинской помощи; внедрение стимулирующих форм оплаты труда.*

5. Мужчина 38 лет, системный администратор, госпитализирован в терапевтическое отделение с жалобами на ноющие-колющие боли и «тяжесть» в области сердца, длительностью до 20 минут, сопровождающиеся сердцебиением, возникают 1—2 раза в неделю после эмоциональных перегрузок, иногда – ночью. Из анамнеза: Болен в течение полутора месяцев. Около 2-х месяцев назад отмечал резкое повышение температура тела до 38,0°C, появились озноб, заложенность носа, слезотечение и боли в мышцах, суставах. В семье аналогичные клинические проявления (лихорадка, озноб, насморк) имелись еще у нескольких человек. Обратился к участковому терапевту, который диагностировал ОРЗ, назначил лечение - аскорбиновая кислота, обильный питьевой режим. Обследование на коронавирус не проводилось. Через 2 недели после лечения пациента продолжали беспокоит слабость, периодическое повышение температуры до 37,5°C к вечеру, утомляемость, дискомфорт в грудной клетке. Повторно обратился к участковому врачу, где после регистрации ЭКГ была рекомендована госпитализация. В прошлом активно занимался легкой атлетикой, физические нагрузки и сейчас переносит удовлетворительно. Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 182 см. Вес = 83 кг. Лицо бледное, слизистые чистые. Температура тела = 37,2°C. Отеков нет. В легких: дыхание везикулярное, ЧД = 18 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии, верхняя - 3 межреберье. Тоны ясные, ритмичные. Систолический шум на верхушке сердца. ЧСС = 88 в 1 минуту. АД = 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Результаты стационарного обследования ОАК: Эритроц. = 4,6 x 10<sup>12</sup> /л, Гемог. = 152 г/л, ЦП = 1,0. Лейкоциты = 13,4 x 10<sup>9</sup> /л: эоз. = 5%, пал. = 2%, сегм. = 33%, лимф. = 57%, моноц. = 3%. СОЭ = 35 мм/час. ОАМ: сол.-желтая, прозрачная, уд. вес = 1010, белок, глюкоза - отр., лейкоциты = 0-1 в поле зрения, эритроц. = 0-1 в поле зрения. ЭКГ: Ритм синусовый, 95 в 1 мин. В отведениях III, aVF желудочковый комплекс типа rSR, в III a — RS. Зубец T V1—5 отрицательный, симметричный, заостренный. продолжительностью от 7 до 20 минут. Биохимические исследования крови: глюкоза = 5,4 ммоль/л, креатинин = 95 мкмоль/л, билирубин = 15,3 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 26/32 МЕ. Калий = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 5,8 ммоль/л. Общий белок = 69 г/л: альбумины = 56%, глобулины = 44% (a1 = 3%, a2 = 8%, в = 14 %, Y = 19%). СРБ – более 6 ед. Скорость клубочковой фильтрации: 107 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-EPI). ПЦР мазка из носоглотки на SARS-Cov2: отрицателен.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

3. Укажите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту: какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны

быть при этом обеспечены. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данной ситуации? Какие виды и меры профилактики следует считать приоритетными при данной патологии? Какие действия врача подлежат контролю экспертами страховых медицинских организаций?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Диагноз заболевания: вирусный миокардит, подострая фаза. ХСН I ф.к., СН I стадии. Обоснование нозологической формы: наличие в анамнезе вирусного заболевания 2 месяца назад, кардиалгии, субфебрильная температура, астенический синдром, тахикардии, артралгии. Тактически оправдана госпитализация в стационар (желательно в кардиологическое отделение) для выполнения необходимых уточняющих исследований и лечения. Исходя из условия задачи, стартовая терапия должна включать:*

- Постельный режим с постепенной активизацией, ограничение физических нагрузок до 6 месяцев;*
- При появлении симптомов сердечной недостаточности – терапия диуретиками, ингибиторами АПФ, бета-блокаторами, антагонистами альдостерона с учетом уровня АД.*

*2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования: Для дополнительной объективизации миокардита: ЭХО-КГ иногда обнаруживает нарушение систолической и диастолической функции желудочков, в редких случаях можно обнаружить и нарушение локальной сократимости. Для доказательства мионекроза: повышение в плазме концентрации тропонина I. Для визуализации поражения миокарда: МРТ сердца с парамагнитным контрастным усилением (гадолиний) Для окончательного подтверждения диагноза «миокардит», при наличии показаний (нарастание тяжести сердечной недостаточности, появление гемодинамической нестабильности, выявление при ЭхоКГ дилатации камер сердца, появлении желудочковой тахикардии или частой желудочковой экстрасистолии): проведение трансвенозной эндомикардиальной биопсии.*

*3. Действия врача, которые подлежат контролю экспертами страховых медицинских организаций. Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования утвержден порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС). Контроль осуществляют эксперты страховых медицинских организаций, территориального фонда ОМС. В ходе контроля проводится экспертиза качества и доступности медицинской помощи - выявление нарушений прав застрахованных при оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата. Эксперт устанавливает соответствие фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации; сопоставляет фактические данные об оказанных медицинских услугах с порядками и стандартами оказания медицинской помощи; клиническими протоколами, методическими рекомендациями, включая правильность постановки диагноза (основной, осложнения, сопутствующий - формулировка, содержание, время постановки), инструментальные исследования, консультации специалистов; лечение. Устанавливается невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи; выполнение*

непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения мероприятий. Определяется обоснованность поступления, длительность лечения, преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения); обоснованность перевода; несвоевременный перевод в медицинскую организацию более высокого уровня, приведшие к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица; содержание рекомендаций. Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания (развитие ятрогенного заболевания). Выявляются дефекты оформления первичной медицинской документации: невозможность оценить динамику состояния здоровья, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи; отсутствие информированного добровольного согласия застрахованного лица или отказа от медицинского вмешательства; наличие признаков фальсификации с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания. Эксперт выявляет нарушения прав застрахованного: взимание платы за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС; приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» согласно стандарту медицинской помощи. Эксперт также устанавливает нарушения ограничений, устанавливаемых при взаимодействии врача и представителей фармацевтических организаций в соответствии со ст. 74 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 ФЗ, 2011 г. Виды экспертизы - целевая и плановая, заочная (по медицинской документации) и очная (в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе по обращению застрахованного или его представителя). Целевая экспертиза проводится в случаях: а) получения жалоб от застрахованного или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в) летальных исходов; г) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания; д) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей; е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней при повторной госпитализации; ж) заболеваний с удлинением или укорочением сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом (или средне сложившегося для данного заболевания). Плановая экспертиза проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи этапу медицинской помощи, условиям оказания и оплаты медицинской помощи по программе ОМС. Плановая экспертиза осуществляется, как правило, методом случайной выборки путем экспертизы медицинской документации по законченным случаям лечения - для оценки характера, частоты и причин нарушений, обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного, дополнительный риск неблагоприятных последствий для здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность застрахованных медицинской помощью. Кроме того, может проводиться тематическая экспертиза по однородной совокупности случаев - на основании анализа показателей больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, стоимости медицинских услуг и др., а также результатов

*внутреннего и ведомственного контроля качества. Плановая тематическая экспертиза направлена на установление характера и причин типичных повторяющихся, систематических ошибок в лечебно-диагностическом процессе. Экспертом оформляется экспертное заключение и акт экспертизы качества медицинской помощи. По страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи, может осуществляться неоплата, уменьшение оплаты медицинской помощи, уплата штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.*

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. При язвенном колите поражается

- 1) пищевод
- 2) желудок
- 3) изолированно – тонкая кишка
- 4) изолированно – толстая кишка (+)
- 5) любой отдел ЖКТ

2. Функциональную и воспалительную патологию кишечника дифференцируют с помощью определения в кале

- 1) йодофильной флоры
- 2) эритроцитов и лейкоцитов (+)
- 3) нейтрального жира
- 4) слизи
- 5) мыл

3. Диагноз псевдомембранозного колита подтверждается обнаружением

- 1) антител к тканевой трансглутаминазе
- 2) антител к глиадину
- 3) токсинов а и в *Clostridium difficile* в кале (+)
- 4) язв-трещин при колоноскопии
- 5) саркоидно-подобных гранулам при гистологическом исследовании слизистой оболочки толстой кишки

4. Наиболее часто псевдомембранозный колит возникает вследствие терапии

- 1) макролидами
- 2) фторхинолонами
- 3) метронидазолом
- 4) ванкомицином
- 5) цефалоспорины 2 и 3 поколения (+)

5. Антидиарейным действием обладает

- 1) соматостатин (+)
- 2) пруклоприд
- 3) итоприда гидрохлорид
- 4) полиэтиленгликоль

5) лактулоза

6. Для начальной терапии хронических запоров при гипомоторной дискинезии толстой кишки рекомендуют назначать

- 1) щадящую диету (кисели, макароны, манная каша)
- 2) пикосульфат натрия (+)
- 3) пинаверия бромид
- 4) месалазин
- 5) рифаксимин

7. Для синдрома раздраженного кишечника характерно

- 1) абдоминальная боль или дискомфорт с изменением частоты и формы стула (+)
- 2) значительная потеря веса
- 3) лейко- и тромбоцитоз, повышенная СОЭ
- 4) выделение крови с калом
- 5) развитие его у женщин старше 40 лет

8. Запор может развиваться при приеме

- 1) гормонов щитовидной железы
- 2) антибиотиков
- 3) антидепрессантов (+)
- 4) лактулозы

9. Синдром хронического запора характерен для

- 1) синдрома короткой тонкой кишки
- 2) гипотиреоза (+)
- 3) целиакии
- 4) тиреотоксикоза
- 5) язвенного колита

10. Буденофальк – это

- 1) системный глюкокортикоид
- 2) антибиотик
- 3) производное месалазина
- 4) топический глюкокортикоид (+)
- 5) адсорбент

11. К препаратам с моносодержанием 5-аминосалициловой Кислоты относят

- 1) сульфасалазин
- 2) фталазол
- 3) голимумаб
- 4) салофальк (+)
- 5) адалимумаб

12. Инфликсимаб – это

- 1) производное 5-аминосалициловой кислоты

- 2) системный глюкокортикоид
- 3) топический глюкокортикоид
- 4) антитела к фактору некроза опухоли (+)
- 5) антибактериальный препарат

13. К селективным миотропным спазмолитикам относят

- 1) галидор
- 2) но-шпу
- 3) бускопан
- 4) дицетел (+)
- 5) папаверин

14. К неадсорбируемым из кишечника антибиотикам относят

- 1) амоксициллин (+)
- 2) кларитромицин
- 3) норфлоксацин
- 4) рифаксимин (+)
- 5) нифуроксазид

15. Для лечения микроскопических колитов рекомендуют

- 1) будесонид (+)
- 2) ципрофлоксацин
- 3) ванкомицин
- 4) НПВП
- 5) прукалоприд

16. При доминировании в клинике симптомов хронической

Толстокишечной непроходимости в первую очередь сле-

дует предположить рак

- 1) фатерова сосочка
- 2) правой половины ободочной кишки
- 3) левой половины ободочной кишки (+)
- 4) средней трети пищевода
- 5) желудка

17. При появлении в клинике стойкого зуда кожи и желтухи следует предположить рак

- 1) правой половины ободочной кишки
- 2) левой половины ободочной кишки
- 3) средней трети пищевода
- 4) желудка
- 5) головки поджелудочной железы (+)

18. К патогенетической терапии глютеновой болезни относят

- 1) ферменты поджелудочной железы
- 2) аглютеновую диету (+)
- 3) пробиотики
- 4) антибиотики

5) препараты 5-аминосалициловой кислоты

19. Селективным агонистом 5-HT<sub>4</sub>-рецепторов серотонина является

- 1) домперидон
- 2) метоклопрамид
- 3) сульпирид
- 4) итоприда гидрохлорид
- 5) прукалоприд (+)

20. Псевдомеланоз толстой кишки – осложнение при приеме

- 1) касторового масла
- 2) псиллиума
- 3) антрагликозидов (+)
- 4) лактулозы
- 5) прукалоприда

### (ОПК-5)

11 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - зачет	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клинико-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач

### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Задачи с эталонами ответа

1. Мужчина, 58 лет, стропальщик, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на одышку при подъеме на один лестничный пролет, кашель с вязкой мокротой желто-зеленого цвета, повышение температуры до 37,8° С Из анамнеза: Курит по 1,5 пачки последние 30 лет. Кашель беспокоит давно, но за мед. помощью не обращался, самостоятельно принимал антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 5 лет обострения весной и осенью. Настоящее ухудшение в течение 2-х дней, по настоянию жены обратился к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное, t = 37,6°С. Кожа влажная, бледная. Рост = 187 см. Вес = 117 кг. В легких: дыхание жесткое, сухие диффузные хрипы. ЧД = 21 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС = 78 в 1 мин. АД = 134/82 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, край её гладкий, ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10 x 8 x 7 см. Селезенка: 8 x 6 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно, дизурии нет. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета. Результаты лабораторно-инструментального обследования: ОАК: эритроциты – 4,9×10<sup>12</sup> /л, гемоглобин – 157 г/л, лейкоциты – 9,0×10<sup>9</sup> /л, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 23%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, моноциты – 6%, тромбоциты – 283×10<sup>9</sup> /л, СОЭ – 28 мм/ч. ОАМ: цвет – сол.-желтый, уд. Плотность = 1020, реакция – кислая. Белок, глюкоза – не обнаружены. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, эритроциты = 0 в п/зр., кристаллы не обнаружены. ЭКГ: ритм синусовый, 82 в 1 мин. РПШ > РП > РI. RV5 = SV5. P II, III повышен и уширен. Биохимические исследования крови:

Глюкоза = 5,2 ммоль/л. Креатинин = 65 мкмоль/л. Билирубин = 17,3 мкмоль/л. АСТ = 21 МЕ, АЛТ = 33 МЕ, калий = 3,7 ммоль/л. Общий холестерин = 7,1 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации = 90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕРІ). Рентгенография органов грудной клетки: горизонтальный ход рёбер, межреберные промежутки широкие. Прозрачность легочных полей повышена, легочный рисунок обеднён. SpO<sub>2</sub> – 92% в покое, 87% при нагрузке.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания обосновав его сведениями из условия задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики.
3. Определите тактику ведения пациента и обоснуйте назначенное лечение. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?
4. Охарактеризуйте основные задачи участкового врача при оказании медицинской помощи данному пациенту.
5. Требуется ли оформить освобождение больного от работы, направить на врачебную комиссию?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз и его обоснование: Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), степень тяжести обструкции неуточнена, группа D (выраженные симптомы, частые обострения), эмфизематозный тип, обострение средней степени тяжести. ДН 2 ст. Ожирение 1 степени. Обоснование нозологической формы: Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб пациента (длительный кашель, одышка), наличии факторов риска (индекс курильщика – 45 пачка-лет, воздействие профессиональных поллютантов – повышенная запыленность и загазованность воздуха рабочей зоны), анамнеза заболевания (постепенное прогрессирование, циклическое развитие обострений), внешнего осмотра пациента (дыхание жесткое, сухие диффузные хрипы). Данные общего анализа крови (наличие реактивной эритромии как ответ на постоянную гипоксию) подтверждают диагноз ХОБЛ. Обоснование фенотипа: Эмфизематозный тип ХОБЛ определяется по рентгенографии – горизонтальный ход рёбер, межреберные промежутки широкие. Прозрачность легочных полей повышена, легочный рисунок обеднён. Обоснование степени тяжести: Тип ХОБЛ по GOLD и степень тяжести определить невозможно, так как нет данных функции внешнего дыхания – уровня ОФВ<sub>1</sub>. Обоснование группы: Наличие одышки при подъеме на один лестничный пролет, соответствующее 2 степени по шкале mMRC, количество обострений в год  $\geq 2$  будет определять наличие у пациента группы D. Обоснование обострения и его тяжести: Обострение заболевания установлено на основании наличия двух из трёх критериев обострения – увеличение объёма мокроты и изменение характера – появление гнойной мокроты. Обострение средней степени тяжести, поскольку пациенту необходимо увеличение объема проводимой терапии (назначение антибиотиков и/или системных глюкокортикостероидов), которое требует консультации больного врачом. Обоснование степени ДН: Степень дыхательной недостаточности установлена на основании жалоб пациента (одышка при подъеме на один лестничный пролет) и уровня сатурации кислорода (92%). Обоснование ожирения: Ожирение 1 степени определяется, исходя из показателя ИМТ (33,5).*

2. *Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования: Для подтверждения диагноза ХОБЛ: исследование функции внешнего дыхания, по данным спирометрии рекомендуется использовать критерий экспираторного ограничения воздушного потока – ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ < 0,7. Для уточнения степени тяжести заболевания по GOLD: степень снижения ОФВ<sub>1</sub> при спирометрии. Для определения степени обратимости бронхиальной обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов: бронходилатационный тест. Для дифференциальной диагностики: анализ мокроты (обнаружение лейкоцитов и*

отсутствие элементов, характерных для бронхиальной астмы и атипичных клеток) Для объективизации степени снижения толерантности к нагрузке в настоящее время и для динамической оценки на фоне проводимой терапии: тест 6-минутной ходьбы. Для оценки осложнений: Эхо-КГ, оценка состояния и функции сердца, легочной гипертензии, т.к. по данным ЭКГ – признаки гипертрофии правых отделов сердца.

3. Стартовая терапия, исходя из условия задачи и диагноза, должна включать:

- Лечение в амбулаторных условиях;
- Консультация пульмонолога;
- Отказ от курения;
- Назначение базисной терапии: ингаляционных препаратов - длительнодействующего антихолинергического препарата в комбинации с длительнодействующим  $\beta_2$ -агонистом. К первой группе относится тиотропия бромид 18 мкг/сутки или аклидиния бромид (322 мкг/сутки), ко второй – сальметерол 25-50 мкг 2 раза в сутки, формотерол 4,5-9-12 мкг 2 раза в сутки или индакатерол (75-300 мкг/сутки);

Возможно дополнительное использование бронходилататоров короткого действия – антихолинергических препаратов (сальбутамол до 600 мкг/сутки, фенотерол до 600 мкг/сутки) и  $\beta_2$ -агонистов (ипратропия бромид до 320 мкг/сутки). Терапия обострения: Всем пациентам с обострением ХОБЛ рекомендуется назначение ингаляционных бронходилататоров – КДБА (сальбутамол 100-200мкг, фенотерол 100-200 мкг 3-4 раза/день) или КДАХ (ипратропия бромид через небулайзер 250-500 мг 3-4 раза/день). Наличие гнойной мокроты – показание для антибактериальной терапии. Амоксициллин/клавуланат 1875 мг/день (500/125 мг 3раза/день 7-10 дней), либо респираторные фторхинолоны (левофлоксацин 500 мг/день, моксифлоксацин 400 мг/д), так же для улучшения экспекторации мокроты, повышения в ней концентрации антибиотика – N-ацетилцистеин (флуимуцил 1200мг/д). Для профилактики обострений все пациенты с ХОБЛ должны быть привиты от пневмококка, желательно и от гемофильной палочки, а также проходить сезонную вакцинацию от гриппа и коронавирусной инфекции. Также, необходима нормализация ИМТ. Снижение оксигенации требует круглосуточной неинвазивной кислородной поддержки в период обострения, а также длительной кислородотерапии после купирования обострения не менее 14 часов в сутки с помощью оксигенатора. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи классифицируются в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года №323 ФЗ, статья 32 «Медицинская помощь». В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи: 1 этап (обращение к участковому терапевту) — первичная врачебная медико-санитарная помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания; 2 этап (консультация пульмонолога) — специализированная медицинская помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания; 3 этап (долечивание) — первичная врачебная или специализированная медико-санитарная помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания.

4. Оказание амбулаторной консультативной, лечебно-диагностической помощи, проведение экспертизы временной нетрудоспособности, направление пациента на консультацию пульмонолога, взятие пациента на диспансерный учет, осуществление мер первичной и вторичной профилактики, ведение медицинской документации.

5. Пациенту необходимо выдать лист нетрудоспособности, так как имеется обострение заболевания - медицинский критерий и неспособность выполнять профессиональную деятельность - социальный критерий. Средний срок нетрудоспособности в данном случае составляет 7-10 дней. Лист нетрудоспособности выдаётся лечащим врачом (участковым терапевтом, врачом общей практики) одновременно до 15 дней. При необходимости продления листа нетрудоспособности более 15 дней, пациент направляется на врачебную комиссию. Экспертиза стойкой утраты трудоспособности в настоящее время пациенту не показана (степень выраженности стойких нарушений функций составляет 10%); при прогрессировании

*заболевания (увеличении частоты и длительности обострений, прогрессировании ДН) показано направление в бюро медико-социальной экспертизы.*

2. Женщина 52 года, кондитер, обратилась к врачу с жалобами на тошноту, боли в эпигастральной области опоясывающего характера, усиливающиеся ночью в положении лежа на спине, вздутие живота, метеоризм, кашицеобразный стул 3-4 раза в сутки, без патологических примесей. Из анамнеза: считает себя больной в течение пяти лет, когда впервые стала отмечать боли в эпигастральной области, появившиеся после погрешностей в диете (употребления жирной, жареной пищи), тошноту, вздутие живота. Жалобы проходили самостоятельно после соблюдения диеты. В дальнейшем к жалобам добавился обильный кашицеобразный стул, боли стали опоясывающими, самостоятельно уже не проходили. Принимала но-шпу, мезим по совету знакомых. За медицинской помощью не обращалась. Настоящее ухудшение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи на празднике появились боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошнота, вздутие живота, кашицеобразный стул. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдает сахарным диабетом 2 типа. Объективно: состояние удовлетворительное, рост = 163 см, вес = 73 кг; ИМТ = 27,5 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД = 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 66 в 1 мин; АД = 135/85 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области и в области левого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Определяется болезненность в точке Мейо-Робсона и в зоне Шофара (гепатопанкреатодуоденальной зоне). Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Диурез не изменен. Результаты клинико-лабораторных исследований: ОАК: эритроциты – 4,5x10<sup>12</sup>/л; лейкоциты – 6,5x10<sup>9</sup>/л; Hb – 131 г/л; тромбоциты – 215x10<sup>9</sup>/л; СОЭ – 7 мм/ч. ОАМ: цвет – сол.-желтый, уд. Плотность = 1020, реакция – кислая. Белок, Глюкоза – не обнаружены. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, эритроциты = 0 в п/зр., кристаллы не обнаружены. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 17 мкмоль/л; непрямой билирубин – 15,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 29 Ед/л; АСТ – 22 Ед/л; амилаза – 42 Ед/л; ОХС – 5,0 ммоль/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 65 г/л. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь – без патологических изменений. Поджелудочная железа: повышение эхогенности ткани, неоднородность эхоструктуры (диффузная очаговость паренхимы). Визуализируется дилатация главного панкреатического протока (более 3,5 мм в теле и до 1,5 мм в хвосте), расширение боковых ветвей, неравномерность контура главного протока ПЖ. ЭКГ: синусовый ритм, 62 в мин. Определение активности панкреатической эластазы-1 в кале: 140 мкг эластазы на 1 г кала; Копрологическое исследование: консистенция – мягкий; форма – не оформленный; цвет – коричневый; реакция – нейтральная; слизь, кровь – отсутствуют. микроскопия кала (копрограмма): мышечные волокна ++; нейтральный жир +++; жирные кислоты – незначительное количество; мыла – незначительное количество; растительная клетчатка (переваренная) – единичные клетки; (непереваренная) – умеренное количество; крахмал ++; иодофильная флора – отсутствует; слизь, эпителий – отсутствуют; лейкоциты – единичные Анализ кала на яйца гельминтов (трижды): отрицательно.

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Составьте план дополнительного обследования и назначьте медикаментозное и немедикаментозное лечение для данного пациента?
3. Что представляет собой диспансерное наблюдение? Составьте план диспансерного наблюдения для данного пациента.
4. Требуется ли освобождение от работы и каков порядок оформления?

## ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз и его обоснование: Хронический панкреатит, средняя степень тяжести, с умеренной экзокринной недостаточностью, редко рецидивирующий вариант, стадия обострения. Обоснование диагноза: диагноз установлен на основании жалоб больного на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, усиливающиеся после приема жирной, жареной пищи, усиливающиеся в положении лежа на спине; на тошноту, вздутие живота, метеоризм, кашицеобразный стул. Подтверждают диагноз хронического панкреатита данные анамнеза (давность заболевания более 6 мес), объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации болезненность в точке Мейо-Робсона, а также в зоне Шоффара). При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения паренхимы поджелудочной железы и дилатация главного панкреатического протока, расширение боковых ветвей, неравномерность контура главного протока ПЖ, что характерно для хронического панкреатита. У пациентки определена умеренно выраженная экзокринная недостаточность поджелудочной железы, так как выявлено снижение уровня панкреатической эластазы I в кале до 140 мкг на 1 г кала; при копрологическом исследовании (микроскопия кала) выявлена креаторея, стеаторея, амилорея.*

2. *В план обследования необходимо включить:*

- *Динамическую магнитно-резонансную панкреатохолангиографию (МРПХГ) с секретинным тестом для идентификации морфологических изменений протоков поджелудочной железы, жидкостных структур, а также для оценки внешнесекреторного резерва ПЖ;*
  - *При сомнительных результатах МРПХГ может быть рекомендовано проведение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ);*
  - *ЭРХПГ дает возможность обнаружить изменения протока поджелудочной железы и его ветвей (нерегулярное расширение протоков – «цепь озер»);*
  - *Для оценки эндокринной функции ПЖ рекомендовать дополнительно проведение теста на толерантность к глюкозе. В зависимости от результатов исследования – консультацию эндокринолога.*
  - *Для выполнения стандарта общеклинического минимума провести ФГК, рекомендовать консультацию гинеколога. Медикаментозное и немедикаментозное лечение будет включать в себя: Соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Энергетическая ценность рациона должна быть 2500-3000 калорий, потребление 1,0-1,5 г/кг/сутки белков при уровне потребления жиров, составляющем менее 30-40% суточного калоража. Следует ограничить прием молочных продуктов (молока, творога), изделий из дрожжевого теста. Рекомендуется дробный прием пищи (5-6 раз в сутки) с низким содержанием жиров, высоким содержанием белков. Степень ограничения жиров зависит от тяжести мальабсорбции и эффективности заместительной ферментной терапии. Пациентке показано назначение заместительной ферментной терапии, так как выявлена недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы – панкреатин в дозе 25000 единиц липазы на основной прием пищи и 10000 единиц липазы – на промежуточный прием пищи. Препарат принимать во время еды в течение двух месяцев. Для повышения эффективности панкреатина рекомендуется назначить ингибиторы протонной помпы для подавления выработки в желудке соляной кислоты, которая является стимулятором секреции поджелудочной железой пищеварительных ферментов: рабепразол по 20 мг 1 раз в сутки за 30 мин до еды в течение месяца. Также, показано назначение спазмолитиков (препараты снижают давление в протоковой системе поджелудочной железы, что приводит к снижению болевых ощущений у пациента): мебеверин гидрохлорид в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель.*
3. *Диспансерное наблюдение – проводимое с определенной*

периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, указанных лиц, организуется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.03.19 г. № 173-н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». Диспансерное наблюдение у терапевта 2 раза в год включает в себя:

- Оценку общего состояния больного, жалоб и физикальных данных;
- Проведение контрольных обследований (ОАК, ОАМ, ЭКГ, ФГК, исследование ферментов ПЖ в сыворотке крови в динамике, определение концентрации глюкозы крови, скрининг синдромов мальдигестии/мальабсорбции – копрологическое исследование, исследование кала на эластазу I);
- УЗИ ПЖ и желчевыводящей системы;
- Решение вопросов о проведении курсов противорецидивного лечения, диетотерапии, фитотерапии. В стадии ремиссии может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение (на курортах: Маян, Нижние Серьги, Обуховский, Эссендуки, Железноводск, Пятигорск, и др.).

4. При освобождении от работы в связи с временной нетрудоспособностью необходимо руководствоваться действующим приказом (Порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа, утв. приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н). С 01.01.2022 листки нетрудоспособности оформляются только в электронном виде (ч. 6 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022). По желанию физлица медорганизация вправе выдать ему выписку из электронного листка нетрудоспособности (ч. 7 ст. 13 Закона № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022) Исключение предусмотрено только в отношении лиц, сведения о которых составляют государственную и иную охраняемую законом тайну, и лиц, в отношении которых реализуются меры государственной защиты. Для них больничный лист по-прежнему будут оформлять только на бумаге (ч. 28 ст. 13 Закона № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022). Право выдачи листков нетрудоспособности (ЭЛН) предоставляется лицам, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности. Не имеют права выдавать ЛН медицинские работники приемных отделений больничных учреждений, скорой медицинской помощи. Выдача ЛН осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. При необходимости выдается несколько ЛН по каждому месту работы или по одному из последних мест работы по выбору гражданина. Выдача и продление ЛН осуществляется после осмотра пациента и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. В данной ситуации: Пациент нетрудоспособен. Первичный ЭЛН оформляется врачом участковым терапевтом единолично в день обращения. Одновременно выдается ЭЛН сроком не более 10 дней. Пациенту назначается прием в день завершения ЭЛН для оценки состояния, результатов проведенного обследования, эффективности проводимой терапии. По итогам приема будет принято решение о продлении, либо закрытии ЭЛН. Средние сроки лечения с данным заболеванием 10-14 дней.

3. Женщина 34 лет, госслужащая, обратилась на прием к врачу-терапевту для обсуждения прегравидарной подготовки. Жалобы: на остановки дыхания во сне. Из анамнеза: известно, что наследственность по ССЗ отягощена по материнской линии (ГБ с 42 лет, менопауза с 42 лет). Пациентка страдает алиментарным ожирением I степени, у эндокринолога не наблюдается. За последний год на фоне физических нагрузок, рационализации питания, применения сибутрамина 15 мг/день масса тела снизилась на 7%. Гипертоник в течение 3 лет с максимальными подъемами АД до 150/90 мм.рт.ст. Наблюдается у кардиолога с диагнозом «гипертоническая болезнь», получает постоянную гипотензивную терапию телмисартаном 40 мг + индапамидом 1,25 мг, на фоне лечения достигнуто целевое АД. Состоит под наблюдением гинеколога с диагнозом

«синдром поликистозных яичников», по поводу чего получает лечение метформин 500 мг/сутки. Замужем. Планирует беременность. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 174 см, вес - 94 кг (индекс массы тела – 31,4 кг/м<sup>2</sup>). Окружность талии - 91 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. АД – 126/78 мм рт.ст. ЧСС – 95 уд.в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон. Результаты клинико-лабораторных исследований: ОАК: без особенностей; ОАМ: цвет – сол.-желтый, уд. Плотность = 1020, реакция – кислая. Белок, Глюкоза – не обнаружены. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, эритроциты = 0 в п/зр., кристаллы не обнаружены. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 1,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,29 ммоль/л; ХС-ЛПНП 2,3 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л, HbA1c 5,7%, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 108 мл/мин; Суточное мониторирование артериального давления (СМАД): изолированная ночная систолическая гипертензия, среднее АД днем 130/80 мм.рт.ст. ночью 140 / 70 мм.рт.ст. Суточный профиль «нондиппер». ЭКГ: Ритм синусовый правильный с ЧСС 97 в мин. ЭхоКГ: Структурных и функциональных изменений не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените получаемую терапию с позиций соответствия стандартам медицинской помощи.
3. Проведите дифференциальную диагностику гипертонической болезни и возможных причин вторичной гипертензии у пациентки. При необходимости предложите и обоснуйте дополнительные методы исследования.
4. Оцените необходимость коррекции терапии с учетом планирования беременности.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

*1. Клинический диагноз и его обоснование: Ожирение I степени, центральная форма. Вторичная артериальная гипертензия I степени. Синдром обструктивного апноэ сна. Синдром поликистозных яичников. (метаболический синдром). Обоснование диагноза ожирения, центральной формы: ожирению I степени соответствует индекс массы тела 31,4 кг/м<sup>2</sup>, центральная форма в связи с увеличением окружности живота >80 см. Артериальная гипертензия I степени в связи с анамнестическими указаниями на повышение артериального давления до 150/90 мм.рт.ст. Вторичная (симптоматическая гипертензия) обоснована вероятностью наличия синдрома обструктивного апноэ сна, в пользу которого свидетельствует повышенная масса тела, жалобы на паузы в дыхании во время сна и суточный профиль артериального давления «нондиппер». Диагноз «синдром поликистозных яичников» поставлен на основании анамнеза и подозрения на инсулинорезистентность на фоне метаболического синдрома. Метаболический синдром обоснован наличием большого фактора – ожирения, и 2 малых факторов: обструктивного апноэ сна, артериальной гипертензии.*

*2. Объем обследования по профилю «артериальная гипертензия» не полный. Рекомендуется включить в план обследования определение суточного уровня альбуминурии. Гипотензивная терапия для пациентки низкого риска с АГ, не превышающим 150/90 мм.рт.ст. избыточна, комбинированная гипотензивная терапия должна быть пересмотрена в пользу монотерапии. Лечение сибутрамином для пациентки с сердечно-сосудистыми рисками на фоне метаболического синдрома нецелесообразно. Объем медицинской помощи по профилю «ожирение» неполный, отсутствует консультация врача эндокринолога и диетолога. Рекомендуется дополнить протокол ведения расчетом суточной энергетической ценности питания и консультациями врача эндокринолога, диетолога и специалиста по ЛФК.*

*3. Молодой возраст пациентки делает обоснованным поиск причин вторичной гипертензии. Наиболее частой причиной симптомной АГ являются наличие расстройств дыхания во сне. Рекомендуется проведение респираторного мониторинга или полисомнографии.*

4. С учетом планирования беременности блокаторы рецепторов к ангиотензину и диуретики должны быть отменены. Препаратами выбора для контроля АД являются дигидропиридиновые антагонисты кальция (нифедипин) или бета-блокаторы. Сиубтрамин, метформин при планировании беременности должны быть отменены.

4. На прием к терапевту поликлиники обратилась пациентка 67 лет, с жалобами на тяжесть в голове, общую слабость, отеки ног, пальцев рук, нестабильность цифр АД. При дополнительном расспросе отмечает одышку при умеренной физической активности (подъем на 2 этаж). Из анамнеза: знает о повышении АД до 180/110 мм. рт. ст. в течение 17 лет. постоянно принимает моксонидин по 0,2 мг 2 раза в день, индапамид-ретард 1,25 мг утром. Сахарный диабет 2 типа с 60 лет, гликемию не контролирует. Постоянно принимает метформин 1500 мг однократно вечером. Инфаркты, инсульты отрицает. Вредные привычки: отрицает. Аллергологический анамнез: ангионевротический отек на пенициллины в молодости. Менопауза с 40 лет. МГТ не принимала. 2 самостоятельных родов. Abortов не было. Перенесенные травмы и операции: отрицает. Семейный анамнез: мать страдала сахарным диабетом 2 типа, у отца ХОБЛ. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа сухая, на ногах с участками атрофии и липодерматосклероза. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно в окружности живота и бедер. Отеки голеней до колен. Температура 36,6 °С. Рост 152 см, вес 90 кг, ИМТ 38,9 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД 18 в минуту. Аускультативно: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Расширение границ сердца влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, дефицита пульса нет. ЧСС 98 уд/мин, патологические шумы и тоны не выслушиваются. АД 180/110 мм.рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края правой реберной дуги. Размеры печени по Курлову 11/9/7 см. Селезенка не пальпируется. Стул склонен к запорам (2 тип по Бристольской шкале). Мочеиспускание свободное, периодически отмечает эпизоды недержания мочи, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Результаты клинико-лабораторных обследований: ОАК: гемоглобин – 145 г/л, гематокрит – 43,7%, лейкоциты – 8,5x10<sup>9</sup>/л, эритроциты – 4,37x10<sup>12</sup>/л, тромбоциты – 420 x10<sup>9</sup>/л, MCV – 93,2 фл, MCH – 31,2 пг, лимфоциты – 46,1%, моноциты – 8,8%, нейтрофилы – 55,9%, эозинофилы – 4,1%, базофилы – 0,5%, СОЭ по Панченкову – 20 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность неполная, относительная плотность – 1020, реакция кислая, белок – 0,3 г/л, глюкоза ++, кетоновые тела +, эпителий плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в п/зр, эритроциты измененные 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 0-2 в п/зр, слизь – нет, соли – нет, бактерии – нет. Биохимический анализ крови: общий белок 61 г/л, альбумин 32 г/л, мочевины 7,8 ммоль/л, креатинин 150 мкмоль/л, холестерин общий 7,0 ммоль/л, триглицериды 1,57 ммоль/л, ЛПНП 4,5 ммоль/л, билирубин общий 10,3 мкмоль/л, билирубин прямой 2,0 мкмоль/л, АЛТ 37,0 Ед/л, АСТ 35,0 Ед/л, мочевая кислота 320,0 мкмоль/л, глюкоза 10,0 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, СКФ 31 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕР1). УЗИ почек и органов брюшной полости: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени (по типу стеатоза) и поджелудочной железы, уменьшение размеров правой почки, уплотнение чашечно-лоханочной системы почек.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования и лечения
3. В чем заключается стратегия нефропротекции для данной пациентки?
4. Клиническая диагностика каких системных осложнений дисфункции почек должна проводиться в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Клинический диагноз и его обоснование: Основное заболевание: Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, неконтролируемая гипертензия, риск 4. ХСН II ФК. НК 2б. Фон: Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5%. Ожирение 2 степени. Дислипидемия 2б фенотип по Фридериксену. Осложнения:

Нефропатия сложного генеза (гипертонического, диабетическая). ХБП СЗБА2. Сопутствующие заболевания: НАЖБ: стеатоз печени. Обоснование основного диагноза: жалобы (тяжесть в голове, общая слабость, отеки ног, пальцев рук, нестабильность цифр АД); данные анамнеза (повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст., сахарный диабет с 60 лет); данные объективного осмотра (ожирение, отеки ног, пальцев рук, АД на приеме 180/110 мм.рт.ст.). Стадия гипертонии основана на выявлении поражения органов-мишеней: пульсовое давление 70 мм.рт.ст. (более 60 мм.рт.ст.), расширение границ сердца влево (вероятная гипертрофия левого желудочка), ХБП с СКФ >30мл/мин/1,73 м2. Неконтролируемая гипертензия установлена на основании не достижения пациенткой целевых значений АД, а именно – уровня ниже 130/80 мм.рт.ст. Риск 4 установлен с учетом наличия сахарного диабета у пациентки. ХСН II ФК, так как при дополнительном расспросе отмечает одышку при умеренной физической активности (подъем на 2 этаж). НК 2б, так как есть нарушение гемодинамики по обоим кругам кровообращения (одышка, отеки). Целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5% установлен с учетом пожилого возраста пациентки и отсутствия тяжелых осложнений и/или риска гипогликемии. Ожирение 2 степени установлено согласно расчету ИМТ, который составляет 38,9 кг/м2. Нефропатия сочетанного генеза (гипертонического, диабетическая), установлена на основании выявления структурного поражения почек (уменьшение размеров правой почки, уплотнение ЧЛС почек) и наличия маркеров повреждения почек (креатинин 150мкмоль/л, альбуминурия 300 мг/л). Стадия ХБП СЗБА2 установлена на основании показателя СКФ и выраженности альбуминурии. Диагноз НАЖБ: стеатоз печени установлен на основании выявления увеличения печени при объективном осмотре, данных сонографической картины (гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени по типу стеатоза).

2. Дополнительные методы обследования:

- Суточный белок мочи;
- Гликированный гемоглобин;
- УЗИ сердца;
- УЗИ БЦА;
- УЗИ сосудов почек;
- Консультация офтальмолога с осмотром глазного дна;
- Консультация эндокринолога для подбора сахароснижающей терапии.

Немедикаментозная терапия:

Обучение пациента о методах коррекции и факторах риска его заболеваний;

Регулярная физическая активность (не менее 30 минут 5 раз в неделю);

- Средиземноморская (DASH) диета с адекватным потреблением кальция, витамина D, содержанием соли менее 5 г в сут, низким содержанием углеводов и трансжиров;
- Снижение массы тела. Медикаментозная терапия основного заболевания (группа, препарат, доза, длительность, кратность, особенности): Терапия гипертонической болезни:
- Комбинация: БРА + дигидропиридиновый антагонист кальция;
- Назначение иАПФ противопоказано, так как в анамнезе есть указание на АНО. Препараты выбора:
- БРА: кандесартан 8-16 мг, ирбесартан 150-300 мг, валсартан 80-160 мг.
- Диуретики с осторожностью: ретардные формы индапамида 2,5 мг, хлорталидон 12,5-25 мг., торасемид 5 мг.
- ДПБКК: амлодипин 5-10 мг. При резистентной гипертонии: к комбинации добавить спиронолактон 25-50 мг в сут. Длительность терапии: пожизненно, с коррекцией доз в соответствии с целевыми значениями. Медикаментозная терапия сопутствующих заболеваний (группа, препарат, доза, длительность, кратность, особенности): Терапия сахарного диабета:

- *Метформин 1000 мг 2 раза в сутки после завтрака и ужина;*
- *Решение о назначении прочих сахароснижающих препаратов будет приниматься в зависимости от достижения целевых показателей гликированного гемоглобина. Длительность терапии: в течение всей жизни, с коррекцией препаратов доз в соответствии с целевыми значениями. Терапия дислипидемии: розувастатин начальная доза 10 мг с последующей эскалацией до достижения целевых значений уровней липидов в течение всей жизни.*

### 3. Стратегия нефропротекции:

- *Нормализация АД путем назначения препаратов ингибиторов РААС*
- *Снижение потребления соли (менее 5 г/сут)*
- *Нормализация липидного обмена (статины)*
- *Контроль за уровнем альбуминурии и креатинина.*

### 4. В соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи должно осуществляться:

- *Контроль за артериальным давлением (домашний мониторинг АД);*
- *Выявление анемии, устранение причины (анемия при ХБП);*
- *Выявление и коррекция минеральных и костных нарушений (контроль кальция, витамина Д, профилактика дефицитов);*
- *Выявление и коррекция дизэлектrolитемии (контроль электролитов);*
- *Выявление и коррекция метаболических нарушений (контроль уровня мочевой кислоты, КЩС);*
- *Своевременное выявление показаний для заместительной почечной терапии (формирование доступа, вакцинация).*

5. Женщина 55 лет, бухгалтер, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли механического и стартового характера в мелких суставах кистей с ограничением движений, а также утреннюю скованность продолжительностью около 10-15 минут. Из анамнеза: боли в суставах беспокоят в течение 2-х лет, лечилась самостоятельно, при использовании геля с диклофенаком боли в суставах уменьшались. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост = 165 см, вес = 82 кг. ИМТ=30,1 кг/м<sup>2</sup>. Кожа и слизистые чистые. Лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. При осмотре суставов кистей обнаружены узелки в области II -V дистальных, II-III проксимальных межфаланговых суставов, ограничение их сгибания до 70°. Экссудации в области суставов нет, при пальпации – минимальная болезненность. Другие суставы – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 74 в 1 мин. АД = 135/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета. Результаты амбулаторного обследования: ОАК: эритроциты – 4,3 x 10<sup>12</sup> /л, Hb – 128 г/л, цветовой показатель – 0,92, лейкоциты – 8,2 x 10<sup>9</sup> /л: баз.- 0%, эоз. - 1%, палоч. - 4%, сегм. - 71%, лимфоциты -16%, моноциты – 8%, СОЭ (по Вестергрену) – 20 мм/час. ОАМ: цвет - сол.-желт., уд.плотность = 1010, реакция - слабо кислая. Белок – отрицат., сахар - отрицат., эпителий плоский – 1-2 в п/зрения, лейкоциты – 1-2 в п/зрения. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 72 в 1 мин. RI> RII> RIII. RV2 = SV2. Угол α =35°. Флюорография органов грудной клетки: корни легких структурны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны. Биохимическое исследование крови: Глюкоза = 4,3 ммоль/л. Креатинин = 92 мкмоль /л. Билирубин = 14,4 мкмоль/л. АсАт/АлАт = 12/18 ЕД/л. Холестерин = 6,4 ммоль/л. Калий = 4,1 ммоль/л. Общий белок = 81 г/л: альбумины - 56,0%, глобулины - 44,0 % (α1 = 5,2%, α2 = 11,7%, β = 9,6%, β = 23,7%). СРБ=4,5 мг/л. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 83 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕРІ).

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и, проведения дифференциальной диагностики.
3. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту, какие виды, условия и формы оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены? Определите, нуждается ли пациент в листе нетрудоспособности. К какому виду заболеваемости должен быть отнесен данный случай при статистической регистрации; какие показатели характеризуют уровень и структуру заболеваемости?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Клинический диагноз и его обоснование: Первичный остеоартрит, узелковая форма с преимущественным поражением межфаланговых суставов кистей, ФНС I. Ожирение I степени. Стартовая терапия остеоартрита:*

- *Нормализация массы тела. К настоящему времени существуют доказательства того, что в жировой ткани вырабатываются провоспалительные цитокины (адипокины), негативно влияющие на прогрессирование остеоартрита;*
- *Модификация образа жизни: исключение однотипных длительных нагрузок на суставы кистей (прополка в саду), работы в условиях сырости, холода;*
- *Локальные тепловые процедуры. В соответствии с существующими рекомендациями теплечение позволяет снизить выраженность боли при остеоартрите суставов кистей;*
- *Использование топических средств с НПВП или капсаицином. Данные препараты обладают анальгетическим эффектом и в большинстве случаев обеспечивают контроль боли у пациентов с остеоартритом суставов кистей;*
- *Для профилактики обострений боли в суставах рекомендован длительный (не менее 6 месяцев) прием хондроитинсульфата в суточной дозе 1500 мг. Другие медленнодействующие препараты для лечения остеоартрита не имеют доказательной базы при поражении суставов кистей;*
- *При поражении I запястно-пястного сустава – применение специального ортеза. Терапия ожирения:*
- *Изменение образа жизни. Включает изменение диеты: низкокалорийная, но сбалансированная по белку и пищевым волокнам диета с исключением жирных и жареных продуктов, ограничением легкоусвояемых углеводов, с общим дефицитом между потребленными и потраченными калориями в среднем около 500-600 ккал в сутки. Число приемов пищи должно быть не менее трех, чтобы избежать длительных перерывов, вызывающих чувство голода, но не более 5 (при частых приемах пищи трудно избежать избыточного потребления энергии).*
- *Низкоинтенсивные физические нагрузки малоэффективны, но должны поощряться. Оптимальны физические нагрузки умеренной интенсивности не менее 1 часа в день не менее 5 из 7 дней в неделю, но всем пациентам следует рекомендовать, как минимум, 10 минут ходьбы после каждого приема пищи и 30 минут ходьбы перед сном.*
- *Ведение дневника питания с учетом потребленных и потраченных калорий дисциплинирует пациента и делает его активным участником лечебного процесса.*

2. *Клиническая картина основного заболевания полностью соответствует проявлениям остеоартрита. Поражение дистальных межфаланговых суставов является исключением для ревматоидного артрита (РА). Кроме того, отсутствуют какие-либо проявления артрита: нет признаков экссудации, гипертермии, гиперемии суставов, нормальные показатели СОЭ и СРБ. Утренняя скованность менее 30 минут является типичным проявлением остеоартрита, тогда как при РА продолжительность скованности, как правило, превышает 1 час. Использование рентгенографического исследования суставов кистей хотя и подтвердит диагноз остеоартрита, но не повлияет*

на дальнейшую тактику ведения пациента. В этой связи диагноз остеоартита устанавливается по типичной клинической картине и не требует дополнительных лабораторных и инструментальных исследований. Для верификации диагноза и, проведения дифференциальной диагностики необходимо проведение следующих исследований:

- измерение объема талии (для исключения абдоминального ожирения);
- исследование липидного спектра (для диагностики метаболических нарушений);
- определение уровня гликированного гемоглобина (для уточнения нарушений углеводного обмена);
- УЗИ органов брюшной полости (для исключения НАЖБП и ЖКБ).

3. Помощь данной пациентке будет оказана на амбулаторном этапе. Вид помощи – первичная врачебная медико-санитарная помощь (оказывается врачом-терапевтом). Форма оказания – плановая (не сопровождается угрозой жизни пациента). Условия оказания – амбулаторная помощь. В выдаче листа нетрудоспособности пациента не нуждается. Данный случай будет отнесен к первичной и общей заболеваемости. Класс заболеваний – болезни костно-мышечной системы.

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Приступы стенокардии напряжения при аортальных пороках сердца
  - 1) характерны (+)
  - 2) не характерны
2. Для стенокардии характерны
  - 1) депрессия сегмента st при вэм-пробе (+)
  - 2) депрессия сегмента st при пробе с гипервентиляцией
  - 3) реверсия негативного зубца t при пробе с хлоридом калия
  - 4) подъем сегмента st при проведении ортостатической пробы
3. При назначении гепарина контрольным тестом является
  - 1) мно
  - 2) время кровотечения
  - 3) ачтв (+)
  - 4) уровень фибриногена
4. Противопоказаниями для применения бета-блокаторов При инфаркте миокарда является
  - 1) сахарный диабет
  - 2) мерцательная аритмия
  - 3) наджелудочковая экстрасистола
  - 4) ав-блокада II-III степени (+)
5. Действие нитроглицерина заключается в
  - 1) увеличении конечного диастолического давления
  - 2) увеличении периферического сопротивления
  - 3) уменьшении преднагрузки (+)
  - 4) увеличении работы сердца
6. Признаком стенокардии напряжения III функционального класса является
  - 1) возникновение приступов болей преимущественно в покое
  - 2) депрессия сегмента st по результатам пробы с физической нагрузкой при 50 вт (+)

- 3) блокада левой ножки пучка гиса
- 4) длительность болей более 30 минут

7. Эквивалентами стенокардитического приступа являются

- 1) жжение за грудиной в течение 3-5 минут (+)
- 2) колющие боли в груди связанные с дыханием
- 3) длительные боли в грудной клетке, связанные с наклонами туловища

8. Острый коронарный синдром включает

- 1) инфаркт миокарда с подъемом сегмента st (+)
- 2) гипертонический криз с перегрузкой левого желудочка
- 3) стабильная стенокардия

9. У больных с острым коронарным синдромом

- 1) коронарные артерии не поражены или изменены незначительно
- 2) в коронарных артериях имеется тромбоз на месте поврежденной атеросклеротической бляшки (+)
- 3) развивается кратковременный спазм коронарных артерий

10. К абсолютным противопоказаниям тромболитической терапии относятся

- 1) подозрение на расслоение аорты (+)
- 2) облитерирующий атеросклероз нижних конечностей
- 3) язвенная болезнь в фазе ремиссии

11. Формирование аневризмы левого желудочка чаще всего встречается при

- 1) инфаркте миокарда передней стенки левого желудочка (+)
- 2) инфаркте миокарда нижней стенки левого желудочка
- 3) мелкоочаговом инфаркте миокарда

12. Критерием истинного кардиогенного шока является показатель ад

- 1) ниже 90/50 мм рт.ст. (+)
- 2) выше 160/100 мм рт. Ст.
- 3) выше 200/120 мм рт. Ст.
- 4) на уровне 100/60 мм рт. Ст

13. Основным признаком, отличающим инфаркт миокарда без зубца q от нестабильной стенокардии, является

- 1) отсутствие типичных изменений на экг
- 2) снижение пги (протромбинового индекса) в коагулограмме
- 3) более выраженный болевой синдром
- 4) повышение уровня сердечных тропонинов (+)

14. Реабилитацию больного с инфарктом миокарда неосложненного течения следует начинать с

- 1) третьей недели
- 2) первых дней (+)
- 3) шестой недели
- 4) первой недели

15. Лозартан – это

- 1) бета-адреноблокатор
- 2) антагонист медленных кальциевых каналов
- 3) антагонист рецепторов ангиотензина II (+)
- 4) ингибитор апф

16. Лекарственные препараты, улучшающие прогноз у больных с хронической ибс – это

- 1) наркотические препараты
- 2) нитраты
- 3) антагонисты кальция
- 4) статины (+)

17. При стенокардии II функционального класса боли возникают

- 1) во время ходьбы на расстояние > 200 м по ровной местности (+)
- 2) на 25 вт (по результатам пробы с физической нагрузкой)
- 3) при подъеме на 5 этаж без лифта

18. При неэффективности лечения бета-адреноблокатором стабильной стенокардии у больного с ибс следует

- 1) добавить к лечению сердечные гликозиды
- 2) добавить антагонист кальция дигидропиридиновой подгруппы (амлодипин, фелодипин, лерканидипин) (+)
- 3) добавить к лечению верапамил
- 4) увеличить дозу статинов

19. Назначение ингибиторов апф противопоказано при

- 1) синдроме слабости синусового узла
- 2) бронхиальной астме
- 3) двустороннем стенозе почечных артерий (+)

20. Симптомы правожелудочковой недостаточности – это

- 1) выраженная одышка
- 2) ортопноэ (+)

### (ОПК-7)

<b>11 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

#### **Задачи с эталонами ответа**

1. Пациентка П., 23 года, обратилась к участковому врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость при небольшой физической нагрузке, головокружение при подъеме с постели с мельканием «мушек перед глазами», сердцебиение, одышку при быстрой ходьбе, подъеме на 2 этаж. Отмечает выпадение волос при расчесывании. Из анамнеза: Считает себя больной в течение полугода, связывает с тяжелыми родами, осложненные кровотечением. Получала лечение в условиях родильного дома, после выписки рекомендации врачей не выполняла. Сейчас ребенок на грудном вскармливании. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев нарастает слабость, появилась одышка и сердцебиение. В детстве частые простудные заболевания. Закончила 9 классов, учеба давалась с трудом. Менструальный цикл с 12 лет, регулярный, по менструации 7 дней,

обильные. Беременность 1, роды 1. Операций и переливания крови не было. Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы тусклые, ломкие. Диффузная алопеция. Ногти коротко подстрижены из-за повышенной ломкости. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 24/мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум во всех точках и на яремной вене. ЧСС = 94 в 1 мин. АД = 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезнен. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Результаты клинико-лабораторных исследований: ОАК: эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин – 78 г/л, МСН – 23 пг, МСV – 74 фл, лейкоциты –  $3,9 \times 10^9$  /л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты –  $192 \times 10^9$  /л, СОЭ - 25 мм/час. Микроцитоз эритроцитов, анизопойкилоцитоз (+++) ОАМ: цвет - сол.-желтый, уд. плотность 1021, реакция кислая. Белок, сахар - отрицат. Эпителий плоский – 2-3 в п/зр. Лейкоциты – 2-3 в п/зр.

ЭКГ: вольтаж снижен. R II > R I > R III . Ритм синусовый, 92 в 1 мин. Биохимическое исследование крови: Глюкоза натощак = 5,7 ммоль/л. Креатинин = 80 мкмоль/л. Билирубин = 14,2 мкмоль/л. АСТ/АЛТ = 13/18 МЕ/л. Железо сыворотки = 4,8 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность = 84 мкмоль/л. Общий белок = 61,8 г/л: альбумины = 60,6%. Анализ кала на скрытую кровь: Результат отрицателен.

1. Выделите ведущие синдромы и сформулируйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза. Какие изменения ожидаете получить у данного пациента?

4. Назначьте лечение и дайте рекомендации по реабилитации больного, согласно клиническим рекомендациям.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Ведущие синдромы в данном случае: Анемический синдром (ведущий): А – циркуляторно-гипоксический синдром – реакция организма на гипоксию тканей и нарушения тканевого метаболизма, вызванные гипогемоглобинемией. Основные симптомы:

- слабость, быстрая утомляемость при небольшой физической нагрузке, головокружение при подъеме с постели с мельканием мушек перед глазами, - гипоксия головного мозга;
- кожные покровы бледные;
- сердцебиение, одышка при быстрой ходьбе, подъеме на 2-этаж – как компенсаторная реакция;
- систолический шум во всех точках и на яремной вене – обусловлен изменением реологических свойств крови В – анемический, гематологический: в ОАК – анемия средней степени тяжести: гемоглобин 78 г/л, эритроциты -  $2,9 \times 10^{12}$  /л. С – Сидеропенический синдром:
- жалобы на выпадение волос при расчесывании;
- данные гинекологического анамнеза, свидетельствующие о повышенной потере железа: синдром полименореи, роды, осложненные кровопотерей без достаточной ферротерапии, период лактации 6 мес на фоне уже имеющегося дефицита железа;
- анамнестические сведения о сложностях обучения в школе (закончила 9 классов), частые простудные заболевания – признак иммунодефицита, неврологический синдром;
- данные объективного исследования- бледность и сухость кожи, диффузная алопеция, ломкость ногтей, сглаженность сосочков языка;
- сидеропеническая миокардиодистрофия: гипотония, снижение толерантности к нагрузкам, тахикардия, сердцебиение, изменения на ЭКГ;
- специфические изменения в анализе крови в результате дефицита железа: МСV

74 фл – анемия микроцитарная, МСН 23 пг – анемия гипохромная; микроцитоз, анизо-пойкилоцитоз эритроцитов в мазке крови;

- дефицит железа в БАК: железо сыворотки = 4,8 мкмоль/л, повышенная общая железосвязывающая способность = 84 мкмоль/л. Диагноз предварительный: Железодефицитная постгеморрагическая анемия, средней степени тяжести. Полименоррагия.

2. Следует провести дифференциальную диагностику между гипохромными анемиями, к которым относятся железодефицитная, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Отличительными признаками истинной ЖДА являются низкий уровень сывороточного ферритина, отражающий истощение тканевых запасов железа, и повышенные показатели ОЖСС и трансферрина. Микроцитарная гипохромная анемия является характерным морфологическим признаком  $\beta$ -талассемии, тяжелые формы которой ассоциируются с глубокой анемией и выраженными признаками перегрузки железом (повышенные показатели сывороточного ферритина и НТЖ, сниженные – трансферрина и ОЖСС). Однако легкие субклинические формы талассемии, протекающие с легкой микроцитарной гипохромной анемией, зачастую расцениваются как железодефицитные без исследования сывороточных показателей метаболизма железа, что влечет за собой назначение неадекватной ферротерапии, способной привести к ускоренному развитию тканевой перегрузки железом.

3. В данном случае, пациентке показано дополнительное обследование в объеме:

- Исследование уровня ретикулоцитов крови, т.к. ретикулоцитарный криз необходим для оценки эффективности проводимой ферротерапии;
- Дополнительное исследование показателей обмена железа: низкий уровень сывороточного ферритина, отражающий истощение тканевых запасов железа, и повышенные показатели трансферрина;
- Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, гаммаглутаминтранспептидаза) с определением основных показателей функционального состояния печени, почек, поджелудочной железы;
- ФГДС с биопсией для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки - исключения целиакии, атрофического гастрита;
- Диагностика инфекции *H. pylori*;
- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза;
- УЗИ щитовидной железы.

4. Пациентке необходимо рекомендовать пероральные препараты железа в дозе 120 мг/сутки. Возможно назначение солей двухвалентного (сульфат, глюконат, фумарат) или трехвалентного железа (полимальтозный комплекс гидроксида железа или лактата железа). Длительность лечения определяется глубиной исходного железодефицита и может варьировать от 3 до 6 месяцев.

Критериями эффективности лечения ЖДА пероральными препаратами железа являются:

- Ретикулоцитарная реакция: на 7–10-й день от начала лечения препаратами железа количество ретикулоцитов повышается (обычно на 2–3% или 20–30%) по сравнению с их количеством до начала лечения;
- Повышение концентрации  $Hb$  к концу 4 недели лечения препаратами железа на 10 г/л и  $Hct$  на 3% по отношению к изначальным значениям до лечения;
- Исчезновение клинических проявлений заболевания через 1–1,5 мес. от начала лечения препаратами железа;
- Преодоление тканевой сидеропении и восполнение железа в депо через 3–6 мес. от начала лечения (в зависимости от степени тяжести анемии), что контролируется по нормализации концентрации СФ (более 30 мкг/л);
- По окончании курса лечения препаратами железа необходимо контролировать показатели гемоглобина ежемесячно в течение года для определения

- необходимости поддерживающей ферротерапии. Данная пациентка относится к группе повышенного риска рецидива ЖДА, т.к. имеются неустранимые кровопотери, поэтому показано профилактическое поддерживающее лечение препаратами железа по 10 дней каждого месяца с началом менструации;*
- *Рекомендуется проводить вторичную профилактику дефицита железа при каждом обращении пациента к врачу, проведении диспансеризации, медицинских осмотров, что подразумевает проведение скрининговых исследований для выявления ЖДА или латентного железodefицита. При проведении скрининга следует ориентироваться на изменения лабораторных показателей общего анализа крови: Hb, Ht, MCV и MCH. Сывороточные показатели метаболизма железа (СЖ, ОЖСС, СФ, НТЖ), обладающие высокой специфичностью в выявлении дефицита железа, следует использовать для подтверждения диагноза ЖДА или латентного дефицита железа.*

2. Женщина 45 лет, преподаватель математики, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 170/100 мм рт. ст., слабость, сухость во рту, периодические мышечные подергивания. Из анамнеза: о повышении АД знает в течение 5 лет, регулярно принимает моксонидин и амлодипин без существенного эффекта. При приеме гидрохлоротиазида отмечает выраженное усиление слабости, учащение мышечных судорог. Семейный анамнез по артериальной гипертензии не отягощен. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост = 168 см. Вес = 91 кг. t = 36,2°C. В легких - дыхание везикулярное ЧД = 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС = 76 в 1 мин. АД=160/95 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Пальпируется выступающий на 1 см. из-под реберной дуги гладкий, ровный, эластичной консистенции, безболезненный край печени. Размеры печени по Курлову: 10(1) x 8 x 7 см. Селезенка: 8 x 6 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Результаты клинико-лабораторного обследования: ОАК: Эритроц. = 4,2\*10<sup>12</sup> /л. Hb = 140 г/ л, Цв. пок. = 0,95. Лейкоциты = 4,8\*10<sup>9</sup> / л: баз.= 0%, эоз.= 1%, п/я = 3%, с/я = 65%. Лимфоциты = 28%. Моноц. = 3%. СОЭ – 12 мм/ час. ОАМ: цвет - соломенно-желтый, уд плотность = 1012, реакция кислая. Белок - отр. Сахар – отр. Эпителий плоский = 2-3 в п/ зр. Лейкоциты = 1 -2 в п/ зр. Биохимический анализ крови: Глюкоза = 4,4 ммоль/л. Амилаза = 21 г/ч/л. Креатинин = 96 мкмоль/л. Билирубин = 14,7 мкмоль/л, АСТ = 0,16 ммоль/час-л. АЛТ = 0,18 ммоль/час-л. Холестерин = 4,24 ммоль/л. Калий = 3,0 ммоль/л. Общий белок = 80 г/л: альбумины = 62,0 %, глобулины = 38,0% (α1 = 2,7 %, α2 = 7,4%, β = 11,7 %, γ = 16,2%). СРБ – отриц. АСЛО = 250 ед. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) = 62,8 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>(СКД-ЕРІ). ЭКГ: Слабоотрицательные зубцы Т в отведениях V4-6 Исследование функции внешнего дыхания: ОФВ1/ФЖЕЛ = 75%.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции терапии.
3. Укажите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данной пациентке, какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. *Диагноз заболевания и его обоснование: Первичный гиперальдостеронизм. Симптоматическая артериальная гипертензия, 2 степень/неконтролируемая, стадия и риск требуют уточнения. ХСН I функционального класса (NYHA). Обоснование нозологической формы: повышение АД, соответствующее критериям диагностики АГ, степень АГ определена на основании анамнестических данных, с учетом проводимой терапии, не приводящей к достижению целевых значений АД, более правильной будет*

формулировка «неконтролируемая». Для уточнения стадии и риска необходимы дополнительные исследования с целью выявления поражений органов-мишеней. О вероятном наличии первичного гиперальдостеронизма свидетельствуют: стойкий характер АГ, ее устойчивость к проводимой терапии, наличие симптомов гипокалиемии (слабость, мышечные подергивания) с усугублением их при приеме тиазидного диуретика, симптомов гиперальдостеронизма (сухость во рту), гипокалиемия по данным биохимического анализа крови.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

Для верификации диагноза первичного гиперальдостеронизма:

- Определение уровней ренина и альдостерона в плазме крови с расчетом альдостерон-ренинового отношения.

Для установления локализации возможной опухоли надпочечников:

- Компьютерная или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием.

Для исключения поражений органов-мишеней и уточнения стадии АГ и риска сердечно-сосудистых осложнений: эхокардиография (выявление гипертрофии левого желудочка), анализ мочи на альбумин-креатининовое соотношение или определение суточной альбуминурии (исключение микроальбуминурии, протеинурии), ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов брахиоцефальной зоны (сонные, позвоночные артерии). После взятия крови на ренин и альдостерон – назначение спиронолактона 50 мг 3 раза в сутки с оценкой ангиогипертензивного эффекта и динамики уровня калия; при выявлении опухоли надпочечника – оперативное лечение. Обязательно направление больной на консультацию к кардиологу и хирургу-эндокринологу. Тактически оправдана госпитализация в стационар (желательно в отделение хирургической эндокринологии) для выполнения необходимых уточняющих исследований (с участием кардиолога) и оперативного лечения.

3. Для характеристики медико-социальной значимости проблемы общественного здоровья следует отразить ряд составляющих, а именно:

- данная проблема связана со значительным социально-экономическим ущербом, наносимым обществу в связи с: высокой распространенностью данного вида патологии (общей и/или первичной заболеваемостью), особенно среди населения детского и/или трудоспособного возраста; временной и стойкой утратой трудоспособности; летальностью; смертностью, в том числе преждевременной;
- выраженным влиянием социальных факторов риска развития данной патологии, в том числе, образа жизни;
- значительными затратами на лечение, реабилитацию, оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- необходимостью реализации комплекса мер медико-социальной профилактики.

3. Мужчина 52 лет, водитель, обратился к хирургу поликлиники. Жалобы: на ноющие боли в эпигастрии, не связанные с приёмом пищи, исчезновение аппетита, слабость, похудание на 10 кг. Анамнез: больным себя считает 3 месяца, в течение которых исчез аппетит и появились боли после употребления грубой пищи, в дальнейшем они стали беспокоить ближе к ночи. 20 лет назад перенес резекцию желудка (Бильрот-II) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, после операции к врачам не обращался, не обследовался. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые умеренно бледные, тургор кожи снижен. Рост = 172 см. Масса тела = 60 кг. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 68 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот округлой формы, в эпигастрии - послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень - по краю реберной дуги. Результаты

обследования: ОАК: Эр =  $3,5 \times 10^{12}$  /л, Нв = 105 г/л, Лейк. =  $4,2 \times 10^9$  /л: эоз. = 2%, п/я = 10%, с/я = 63%, лимф. = 14%, мон. = 11%, СОЭ = 22 мм/ч. ОАМ: уд. пл. = 1002, цвет - сол.-желтый, реакция нейтр., белок - отр., глюкоза - отр., плоский эпителий - ед. п/зр, лейк. = 3-5 п/зр, эр. = ед. в п/зр., цилиндры - нет, бактерий нет. ЭКГ: ритм синусовый, 68 в 1 мин. Признаки диффузных изменений миокарда. Биохимический анализ крови: глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 4 ммоль/л, креатинин = 50 мкмоль/л, амилаза = 20 г/ч-л. Рентгенография органов грудной клетки: без патологических изменений. Рентгеноскопия культи желудка: размеры культи составляют около 1/3 органа. На передней ее стенке дефект наполнения 4 x 6 см бугристый с относительно четкими границами. Смещаемость культи ограничена. Гастрофиброскопия: на передней стенке с переходом на малую кривизну культи – экзофитное образование размером 4x5 см, состоящее из мелких и средних бугорков, напоминающих цветную капусту.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.
3. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту, какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данной ситуации? Какие виды и меры профилактики следует считать приоритетными при данной патологии? Какие действия врача подлежат проверке в ходе внутреннего контроля качества медицинской помощи?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз: рак культи желудка (T3N X M X P4G X ). Вторичная анемия. Обоснование диагноза: типичная эндоскопическая картина экзофитного рака желудка, размеры опухоли и объём поражения соответствует T3. Информации, достаточной для установки стадии метастазирования, в условии задачи нет (N X M X ); ограничение подвижности культи желудка по данным рентгенографии свидетельствует о вероятном прорастании всех слоев стенки желудка (P4). Анемия легкой степени подтверждается уровнем Нв = 105 г/л. Исходя из условия задачи и диагноза, необходимость в неотложных лечебных мероприятиях отсутствует. У больного имеются показания к комбинированному лечению (химиотерапия и плановое оперативное вмешательство) в условиях специализированного стационара онкологического профиля.

2. Для верификации диагноза необходимо проведение биопсии опухоли (определение степени дифференцировки опухоли, установление цитотипа); УЗИ брюшной полости, КТ органов брюшной полости и позвоночника (для уточнения стадии онкопроцесса). Для установления механизма анемии и возможности её коррекции - исследование уровня железа в сыворотке крови, определение групповой и резус-принадлежности крови больного (возможность интра- или послеоперационной компонентной гемотерапии). Необходимы консультации терапевтом, анестезиологом и онкологом – для оптимизации тактики предоперационной подготовки к плановому оперативному лечению.

3. Действия врача, которые подлежат проверке в ходе внутреннего контроля качества медицинской помощи: Контроль качества медицинской помощи осуществляется: заведующими отделениями, заместителями руководителя медицинской организации, врачебной комиссией (ВК). В ходе внутреннего контроля качества медицинской помощи проводится оценка: информированности и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью; соответствия оказываемой медицинской помощи установленным порядкам, стандартам, протоколам ведения больных, клиническим рекомендациям (соответствие объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи, назначения и выписывания лекарственных препаратов); обеспечения инфекционной безопасности при оказании медицинской помощи; соблюдения прав пациентов - на выбор врача и медицинской организации, на информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства и др.; соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых в соответствии со статьей 74 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, 2011 г.; оформления медицинской документации.

В амбулаторно-поликлинических подразделениях в обязательном порядке контролю качества медицинской помощи подлежат случаи:

- летальных исходов в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;
- летальных исходов на дому от управляемых причин;
- повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней;
- сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;
- нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- осложнений у беременных женщин и родильниц;
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- с длительной или стойкой утратой трудоспособности;
- заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;
- расхождений диагнозов поликлиники и стационара;
- расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;
- выявления социально-значимых заболеваний в запущенных стадиях (онкологических, туберкулеза и т.д.);
- несвоевременного представления больных на ВК и в бюро медикосоциальной экспертизы;
- по жалобам пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи. Прочие случаи оказания медицинской помощи подвергаются экспертной оценке методом случайной выборки.

4. Женщина 50 лет, асфальтоукладчица, обратилась к хирургу поликлиники. Жалобы: на наличие опухолевидного образования в области пупка. Из анамнеза: образование появилось 3 года назад, увеличивается в размерах при выполнении физической нагрузки, исчезает в положении лежа. Объективно: Состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост = 156 см., масса тела = 78 кг. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 84 в 1 мин, АД = 140 и 90 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот больших размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Выше пупка по средней линии определяется дефект в апоневрозе 4 см. в диаметре. Край печени закруглен, ровный на 1 см выступает из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову (+1) 12 x 10 x 9 см Результаты стационарного обследования: ОАК: Эр. = 4,0x10<sup>12</sup> /л, НЬ = 150 г/л, ЦП = 0,9. Лейкоциты = 9,6x10<sup>9</sup> /л: эоз.-1%, п/я - 5%, с/я - 68%, лимф. = 19%, мон.= 6%. СОЭ = 5 мм/ч. Время свертывания крови = 6 минут, длительность кровотечения = 3 минуты. ПТИ = 90%. ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, уд. пл. = 1014, реакция - кислая, белок = 0,033%, глюкоза - отр., лейкоц. един. в п/зр, эпит. плоский = 2-3 в п/зр ЭКГ: Ритм синусовый, 84 в минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда. Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,2 ммоль/л, амилаза сыворотки – 20 г/час-л, билирубин общий – 10,0 мкмоль/л (прямой – 4,0 мкмоль/л), АЛТ – 72 Ед/л, АСТ – 61 Ед/л, общий холестерин – 5,2 ммоль/л, калий – 4,4 ммоль/л, натрий – 115 ммоль/л, хлор – 98 ммоль/л, общий белок – 72 г/л. Рентгенография органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.
3. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту, какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данной ситуации? Какие виды и меры профилактики следует считать приоритетными при данной патологии? Охарактеризуйте основные задачи и организацию оказания амбулаторно-поликлинической помощи рабочим промышленных предприятий, виды профилактических медицинских осмотров, их значение для выявления хирургической патологии.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Основной предварительный диагноз: Параумбиликальная грыжа. Сопутствующая патология: алиментарное ожирение, 2 степень. Гипергликемия, впервые выявленная. Обоснование: наличие опухолевидного образования в области пупка, свободно вправимого в брюшную полость, тяжелый физический труд в анамнезе, связь клиники с физической нагрузкой. На ожирение 1 степени (ВОЗ) или 2 степени (по классификации Института здоровья АН США, 1989) указывает величина индекса массы тела = 31,9 кг/м<sup>2</sup>. Значения гликемии натощак (6,2 ммоль/л) указывает на наличие нарушения обмена углеводов. Исходя из условия задачи и диагноза, неотложные лечебные мероприятия не требуются. У больной имеются показания к плановому оперативному лечению. На период подготовки к операции рекомендуется ограничение тяжелой физической нагрузки, ношение бандажа, редукция массы тела. В доступной форме больной должна быть предоставлена информация об основных признаках осложнения грыжи (ущемление: боль, невозможность вправления, вздутие живота, нарушение акта дефекации и так далее).*
2. *У конкретной пациентки имеется длительный анамнез по основному заболеванию, явные провоцирующие факторы (тяжелый физический труд, ожирение), отсутствие симптоматики других заболеваний ЖКТ, поэтому проведение дополнительных лабораторных или инструментальных методов обследования для верификации диагноза, скорее всего, не потребуются. Однако в ряде случаев, при впервые выявленной пупочной или параумбиликальной грыже целесообразно проведение обследования желудочнокишечного тракта, так как грыжа может носить симптоматический характер, возникать на фоне онкопатологии ЖКТ, портальной гипертензии и др. Для уточнения характера нарушений обмена углеводов необходимо проведение перорального теста толерантности к глюкозе с нагрузкой 75 г глюкозы, контроль уровня гликемии натощак и гликозилированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>) и иммунореактивного инсулина. В плане подготовки к плановому оперативному лечению необходимы консультации терапевта и анестезиолога.*
3. *В амбулаторных условиях рабочим на промышленных предприятиях может предоставляться первичная медико-санитарная помощь в форме плановой и неотложной на здравпунктах врачебных и фельдшерских, в медикосанитарных частях по месту работы. Основные задачи своевременное выявление медицинских противопоказаний для работы на вредных и опасных производствах; предупреждение развития производственно-обусловленных и профессиональных заболеваний и травм, своевременная ранняя их диагностика, лечение, реабилитация, экспертиза трудоспособности. Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также занятые на отдельных видах работ, предусмотренных законодательством, проходят обязательные медицинские осмотры, в том числе с участием врача-хирурга. Например, осмотры врача-хирурга обязательны для рабочих, занятых физически тяжелым трудом, при факторах риска развития*

заболеваний опорно-двигательного аппарата, варикозного расширения вен. Перечень вредных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные медицинские осмотры, утверждается Министерством здравоохранения РФ. Виды медицинских осмотров:

- 1) Профилактический – проводимый в целях раннего выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;
- 2) Предварительный – при поступлении на работу (учебу) в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе;
- 3) Периодический – проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных производственных факторов на состояние здоровья работников, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ;
- 4) Предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического, иного токсического опьянения;
- 5) Послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных производственных факторов на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического, токсического опьянения.
- 6) Углубленные – периодические медицинские осмотры с расширенным перечнем участвующих в них врачей-специалистов и методов обследования. В случае выявления при проведении обязательных медицинских осмотров медицинских противопоказаний к осуществлению работ, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, работник может быть признан врачебной комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности временно или постоянно непригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ.

5. Женщина 62 лет, пенсионерка, обратилась к хирургу поликлиники. Жалобы: на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, рвоту съеденной накануне пищи, похудание, задержку стула до 2 - 3 дней. Из анамнеза: указанные жалобы появились 2 месяца назад. Язвенной болезнью болеет много лет, лечилась нерегулярно, локализацию язвы не помнит. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожная клетчатка выражена удовлетворительно. Рост = 158 см. Вес = 56 кг. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 78 в 1 мин. АД = 140/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области, где определяется «шум плеска». Печень - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Результаты обследования: ОАК: Эр. =  $3,4 \times 10^{12}$  /л, Нб = 107 г/л, ЦП = 0,8. Лейк. =  $6,1 \times 10^9$  /л: э = 0%, п/я = 10%, сегм. = 81%, лимф. = 7%, мон. = 2%. СОЭ = 8 мм/ч. ОАМ: уд. плотность – 1000, цвет - сол-желт., реакция - нейтр., белок - отр., глюкоза - отр., плоский эпителий - ед. п/зр, лейкоц. – 3-4 п/зр, эритроц. - свеж. 1-2 в п/зр., бактерии, слизь - в большом количестве. ЭКГ: диффузные дистрофические изменения в миокарде. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, билирубин – 10 мкмоль/л, АСТ – 34 Ед/л, АЛТ = 83 Ед/л, общий холестерин – 5,1 ммоль/л. Общий белок – 73 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л. Рентгенография

органов грудной клетки: без патологических изменений. R-скопия желудка: пищевод не изменен, желудок обычной формы и величины, натощак содержит умеренное количество жидкости, контуры его ровные, стенки эластичны. Рельеф не изменен, первичной эвакуации нет в течение 3-х часов. Через 6 часов выполняется деформированный привратник и начальный отдел ДПК, часть контраста в тонком кишечнике. ЭФГДС: пищевод и кардия свободно проходимы. Недостаточность кардии II степени. Натощак желудок пуст. Слизистая его атрофична, складки сглажены, перистальтика вялая. Привратник деформирован, пройти в ДПК не удалось. Слизистая привратника рыхлая, легко кровоточит.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.
3. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данному пациенту, какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данной ситуации? Какие виды и меры профилактики следует считать приоритетными при данной патологии? Охарактеризуйте задачи и организацию работы врача-хирурга на поликлиническом приеме, основную медицинскую документацию, показатели работы.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Предварительный диагноз: Рак пилорического отдела желудка. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Вторичная анемия. Сопутствующая патология: нейровегетативная и дисметаболическая миокардиодистрофия. Обоснование: клиническая картина стеноза выходного отдела желудка, нарушения желудочной эвакуации, подтвержденные данными рентгенологического обследования и ФГДС. У больной имеются показания к комбинированному (химиотерапия и плановое оперативное вмешательство) лечению в условиях онкологического стационара.*

*2. Для верификации диагноза необходимо проведение гастробиопсии (определение степени дифференцировки опухоли, установление цитотипа), а также УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости и позвоночника - для уточнения стадии онкопроцесса и возможных метастазов. Для установления механизма анемии и возможности её коррекции – исследование уровня железа в сыворотке крови, определение групповой и резуспринадлежности крови больного (возможность интра- или послеоперационной компонентной гемотерапии). Для оптимизации тактики предоперационной подготовки необходимы консультации терапевтом, анестезиологом и онкологом.*

*3. Врач в амбулаторных условиях оказывает первичную медикосанитарную помощь, в плановой и неотложной форме. Основные задачи врача: оказание амбулаторной консультативной, лечебно-диагностической помощи, профилактических, реабилитационных мероприятий больным с хирургическими заболеваниями и травмами, участие в профилактических осмотрах, диспансерное наблюдение больных хирургического профиля. Врач осуществляет полное обследование и отбор больных, подлежащих плановым операциям, своевременное выявление и госпитализацию больных с острыми заболеваниями органов грудной и брюшной полостей, долечивание и реабилитацию пациентов после выписки из стационара, экспертизу временной нетрудоспособности и направление больных с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертную комиссию, ведение медицинской документации, мониторинг и анализ основных медикостатистических показателей своей деятельности. Кабинет для приема должен быть организован и оснащен в соответствии с утвержденными порядками и стандартами, начиная с врачебной амбулатории, в поликлинических отделениях в составе сельских участковых, городских,*

районных, областных больниц, медико-санитарных частей, консультативно-диагностических центров, в центрах амбулаторной хирургии. Рекомендуемый штатный норматив - 0,4 ставки врача-хирурга на 10 тыс. взрослого населения (для городов с численностью населения более 25 тыс. человек). При наличии в штате более 6 должностей врача-хирурга организуется хирургическое отделение. Для оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи больным, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении, рекомендуется организовывать дневной стационар. Врачом заполняется основная учетная документация: «Медицинская карта амбулаторного больного» (учетная форма №025/у-04), «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (учетная форма № 030/у-04). Основные показатели деятельности врача на амбулаторном приеме: выполнение функции врачебной должности (число амбулаторных посещений в год); среднее число посещений в смену; уровень и структура общей и первичной заболеваемости по обращаемости, уровень и структура заболеваемости по данным медицинских осмотров, заболеваемость с временной нетрудоспособностью; % случаев онкологических заболеваний, выявленных на поздних стадиях; частота осложнений; % состоящих на диспансерном наблюдении; показатель первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста; при направлении на госпитализацию - расхождения диагноза направившего учреждения и в стационаре; удовлетворенность населения медицинской помощью; количество обоснованных жалоб.

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. При обострении хобл гкс

- 1) следует назначать всем больным с обострением хобл
- 2) не назначают
- 3) показаны при  $офв1 < 50\%$  от должных величин (+)
- 4) назначают длительно (более 2 недель) до улучшения состояния

2. При обострении хобл факторами риска неэффективности, которые учитываются при выборе антибактериальной терапии является

- 1) возраст  $< 65$  лет
- 2) наличие 1 обострения в год
- 3) прием за последние 3 мес. Амп  $\geq 2$  дней (+)
- 4) наличие пневмонии в анамнезе

3. При обострении хобл средней степени тяжести

- 1) симптомы контролируются пациентом путем увеличения объема обычной терапии
- 2) симптомы требуют дополнительного лечения (абп или гкс) (+)
- 3) требуется госпитализация в стационар

4. Терапия первой линии у пациентов хобл группы "с" стабильного течения включает назначение

- 1)  $\beta 2$ -агонистов короткого действия по потребности
- 2) м-холинолитиков короткого действия по потребности
- 3) ингаляционных глюкокортикостероидов
- 4) м-холинолитиков длительного действия и/или комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов и  $\beta 2$ -агонистов длительного действия (+)
- 5)  $\beta 2$ -агонистов длительного действия

5. У пациентов хобл группы "с" отмечается

- 1) низкий риск обострений (частота обострений  $\leq 1$  раз/год)
- 2) выраженная клиническая симптоматика

3) высокий риск обострений (частота обострений  $\geq 2$  раз/год) (+)

6. У пациентов хобл группы "а" отмечается

- 1) невыраженная симптоматика заболевания (+)
- 2) выраженная клиническая симптоматика
- 3) высокий риск обострений (частота обострений  $\geq 2$  раз/год)

7. При рентгенографии грудной клетки характерными признаками для хобл являются

- 1) высокое стояние диафрагмы
- 2) гиперпрозрачность легочных полей (+)
- 3) напряженный пневмоторакс
- 4) наличие очагов инфильтрации

8. Легочными причинами хронического кашля являются

- 1) бронхиальная астма (+)
- 2) плеврит
- 3) ибс
- 4) заболевания почек

9. Достоверным фактором риска хобл является индекс курящего человека

- 1) 5 пачка/лет
- 2) 10 пачка/лет и выше (+)
- 3) 15 пачка/лет и выше
- 4) 20 пачка/лет и выше

10. Основным необратимым механизмом бронхиальной обструкции у больных хобл является

- 1) гиперсекреция слизи
- 2) спазм гладкой мускулатуры дыхательных путей
- 3) коллапс мелких бронхов и облитерация бронхиол
- 4) гипертрофия реснитчатого эпителия (+)

11. Диагностическими критериями хронического бронхита являются

- 1) "кашлевой анамнез" 3 месяца подряд в течение не менее 2 лет (+)
- 2) жесткое везикулярное дыхание
- 3) сухие высокие хрипы на выдохе

12. Изменения структурнофункциональных свойств слизистой оболочки бронхов при хроническом бронхите выражаются в

- 1) уменьшение бокаловидных клеток
- 2) метаплазии мерцательного эпителия (+)
- 3) гипертрофии мерцательного эпителия

13. В качестве средства, обладающего муколитическим и антиоксидантным воздействием для лечения хобл, рекомендован

- 1) термопсис
- 2) карбоцистеин (+)
- 3) кодеин
- 4) аскорил

14. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками

- 1) в осенне-зимний период
- 2) длительно

- 3) при 3 типе обострения
- 4) при 1-2 типе обострения с выделением гнойной мокроты (+)
- 5) при появлении кровохарканья

15. Ведущим признаком бронхиолита является

- 1) кашель
- 2) боли в грудной клетке
- 3) одышка (+)

16. Хобл часто сопутствуют

- 1) заболевания сердечно-сосудистой системы (+)
- 2) системные заболевания соединительной ткани
- 3) болезни почек

17. Следует заподозрить хобл и провести спирографическое исследование у лиц старше 40 лет при наличии

- 1) повторных случаев пневмонии в анамнезе
- 2) одышки, хронического кашля, хронического отхождения мокроты, факторов риска (курение, дым кухни, профессиональные вредности), семейного анамнеза хобл (+)
- 3) болей в грудной клетки

18. Внелегочными причинами хронического кашля являются

- 1) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (+)
- 2) грипп
- 3) панкреатит
- 4) заболевания почек

19. Характерными функциональными признаками хобл являются

- 1) увеличение офв1
- 2) снижение индекса тиффно (+)
- 3) полная обратимость бронхиальной обструкции

20. Для бронхитической формы хобл характерно

- 1) кашель > одышки (+)
- 2) одышка > кашля
- 3) гиперинфляция легких резко выражена
- 4) отсутствие кашля с гиперсекрецией мокроты
- 5) частое наличие кахексии

### (ПК-2)

<b>11 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками

## Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

### Задачи с эталонами ответа

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

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

Анализ крови общий

Эритроциты – 5,5 x 10<sup>12</sup>/л, Hb - 158 г/л, лейкоциты - 15,0 x 10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты - 32%, моноциты - 8%, СОЭ – 47 мм/ч.

Анализ мочи общий

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

Анализ мокроты общий

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

Анализ мокроты на КУМ в 3 образцах – отрицательный.

ЭКГ: синусовая тахикардия, дисметаболические изменения в миокарде.

Пульсоксиметрия: SpO<sub>2</sub> – 92%

Рентгенография

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Оцените результаты дополнительных методов обследования.
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Определите тактику ведения и назначьте лечение.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, нетяжелая. ДН I.

2. Инфильтративный туберкулез, рак легкого, инфаркт легкого, формирующийся абсцесс.

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

4. В общем анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ – воспалительные изменения. Характер мокроты – гнойный. Сатурация отражает ДН I степени. Рентгенологически верифицирован инфильтрат, осложнившийся абсцедированием.

5. Тяжелая внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, осложненная абсцедированием. ДН I.

6. Показана госпитализация в терапевтическое отделение. Режим полупостельный на период лихорадки с последующим расширением. Диета – основной стол. Цефалоспорины III поколения парентерально в комбинации с парентеральными макролидами. Инфузионная терапия для дезинтоксикации. НПВС в качестве жаропонижающих препаратов. Гепарин подкожно для профилактики ДВС-синдрома. Беродуал ингаляционно для улучшения бронхиального дренажа.

2. Пациентка 50 лет, главный бухгалтер, обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструаций в течение двух месяцев, упорные запоры и прибавку массы тела. Кроме того, жалуется на одутловатость лица, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сухость кожи, замедление скорости реакции и нарушение способности сосредоточиться, частые позывы на мочеиспускание. Из анамнеза: Менархе в 13 лет, цикл установился сразу. Менструации были умеренные по 4 дня через 28 дней. Родов 2, абортов 2. В 35 лет перенесла аппендэктомию, без осложнений. Ранее отмечала периодические повышения АД до 170/100 мм рт. ст. систематического лечения не получала. В течение последнего года менструации стали скудными и нерегулярными, за это же время прибавила около 10 кг массы тела. Объективно: Состояние средней тяжести. Лицо одутловато, кожа бледная, сухая, холодная на ощупь. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные. Голени пастозны. Пульс = 54 в 1 мин. АД 160/100 мм рт. ст. Температура тела = 35,8°C. Окружность талии 102 см. Масса тела 89 кг, рост 162 см. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами в родах. Матка увеличена до 14 нед. беременности, из передней стенки матки исходит узел до 8 см в диаметре. Придатки не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые, умеренные. Результаты лабораторно-инструментального обследования: ОАК: Эр. = 3,9 x 10<sup>12</sup> /л., НЬ = 105 г/л. Лейкоциты = 6,2 x 10<sup>9</sup> /л, СОЭ = 4 мм/час. ОАМ: плотность = 1025; белок не обнаружен. Лейкоциты и пл. эпителий - ед. в п/зр., эритроциты 1 - 2 в п/зр. ЭКГ: Ритм синусовый, 48 в 1 минуту. RI>R n >R nb RV 5 >RV 4 , RV5 + S V1 = 40 мм. PQ = 0,18 сек. Биохимический анализ крови: Общий холестерин 7,2 ммоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 66 г/л, креатинин 88,4 мкмоль/л. Гормоны крови: ФСГ 36 МЕ/мл, ТТГ 6,3 ММЕ/л УЗИ органов малого таза: объем матки 661 см<sup>3</sup>, внешний контур деформирован - субсерозный узел на широком основании, диаметром 77 мм, миометрий диффузно неоднородный с гиперэхогенными включениями, полость матки сомкнута, толщина эндометрия 2 мм. Яичники объемом 2,1 и 2,4 см<sup>3</sup>, фолликулы единичные, преобладает строма.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторнокурортного этапа.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Эндемический зоб I ст. Гипотиреоз. Артериальная гипертензия 2 стадия, 2 степень, риск 4. Атерогенная дислиппротеинемия. Перименопауза. Миома матки, субсерозноинтерстициальная, 14 недель беременности. Рубцовая деформация шейки матки. Анемия легкой степени не

уточнённого генеза. Обоснование нозологической формы: Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные у пациентки, проживающей в эндемичном районе. Обоснование гипотиреоза: упорные запоры и прибавка массы тела, одутловатость лица, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сухость кожи, брадикардия, замедление скорости реакции и нарушение способности сосредоточиться - клинические симптомы гипотиреоза. Повышение уровня ТТГ - лабораторный критерий. Обоснование АГ 2 степени: периодические повышения АД до 170/100 мм.рт.ст. Обоснование АГ 2 стадии: признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ. Обоснование крайне высокого сосудистого риска: АГ 2 степени + гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислиппротеинемия + перименопауза. Обоснование перименопаузы: менопауза диагностируется, как минимум, через год после последней менструации. Лабораторное подтверждение - повышения уровня ФСГ. Клинических проявлений типичного климактерического синдрома нет (учащенное мочеиспускание может быть следствием гипотиреоза и железодефицитной анемии). Обоснование миомы: данные УЗИ и влагалищного исследования.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики дополнительного обследования не требуется. Для дополнительной объективизации диагноза «Эндемический зоб» и исключения очаговых образований в щитовидной железе: УЗИ щитовидной железы. Для согласования тактики ведения больной и лекарственной терапии гипотиреоза - консультация эндокринологом. Для уточнения поражения органов-мишеней при АГ: определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, почечных артерий, транскраниальная доплерография сосудов головы и шеи. Для уточнения генеза анемии: исследование уровня железа в сыворотке крови, общей (ОЖСС) и латентной (ЛЖСС) железосвязывающей способности сыворотки крови. При возникновении кровотечений в перименопаузе необходима консультация гинекологом с оценкой морфологических изменений эндометрия. Учитывая наличие миомы - возможно плановое оперативное лечение (показанием к оперативному лечению являются размеры матки, соответствующие 14 неделям беременности, наличие запоров, учащенного мочеиспускания, свидетельствующее о нарушении функции смежных органов).

3. Госпитализация больной в многопрофильный стационар. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- Диета № 10 (ограничение соли, жидкости, легко всасывающихся и усваивающихся углеводов, животных жиров, возбуждающих блюд и напитков).
- Учитывая 2 стадию АГ, антигипертензивную терапию следует начинать с комбинации двух или трёх препаратов. Показано сочетание ингибитора АПФ (эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, периндоприл 5 - 10 мг в сутки, лизиноприл 20 мг в сутки) или блокатора рецепторов к ангиотензину II (лозартан 50 - 100 мг, ирберсартан 300 мг, кандесартан 8 - 16 мг, валсартан 80 - 160 мг в сутки) с агонистом имидазолиновых рецепторов в ЦНС моксонидином (0,4 мг) или комбинации ингибитора АПФ и малых доз диуретика (гипотиазид 12,5 - 25 мг, индапамид 1,5 - 2,5 мг). Назначение в-блокаторов в данном случае нежелательно (ЧСС = 56 в 1 мин.); допустимо использование антагонистов кальция дигидропиридинового ряда (амлодипин, фелодипин, нифедипин).
- Обязательно назначение гиполипидемических средств (симвастатин 20 мг, розувастатин 10 мг, флувастатин 40 мг в сутки).
- При подтверждении железодефицитного генеза анемии - препараты железа для перорального приема (например, препараты сульфата железа II по 100 мг x 2 раза в день, до нормализации уровня гемоглобина, а затем - по 100 мг 1 раз в день, в течение 3 месяцев; либо препараты трехвалентного железа в эквивалентной дозировке по той же схеме).
- При выявлении повышенного уровня ТТГ - средства заместительной гормональной терапии: L-тироксин по 50-100 мкг в сутки, под контролем ЧСС, АД и ТТГ. Тактика ведения больной будет определяться результатами УЗИ

*щитовидной железы.*

- *В отсутствие клинических проявлений климактерического синдрома в лечении гинекологом (МГТ) больная не нуждается.*

3. Пациент К., 36 лет, работающий шлифовщиком камня, обратился к участковому терапевту с жалобами на малопродуктивный кашель, одышку при значительной физической нагрузке, повышенную утомляемость, снижение работоспособности и аппетита, повышение температуры тела до 37,2-37,6°C. Больным себя считает на протяжении 1,5-2 месяцев, за это время похудел на 4-5 кг. За медицинской помощью ранее не обращался, принимал парацетамол, лазолван без значительного эффекта. Флюорографическое обследование – 6 месяцев назад, изменений в легких не обнаружено. При объективном обследовании общее состояние больного удовлетворительное, кожные и слизистые покровы чистые, бледно-розовые. ИМТ = 24,5. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 4-х группах, единичные, безболезненные, размерами до 1,0 см. Грудная клетка нормостеническая, симметрично участвует в акте дыхания, число дыханий 19 в мин. При сравнительной перкуссии притупление звука слева в I-II межреберьях, при аускультации дыхание в этой зоне бронхиальное, выслушиваются немногочисленные среднепузырчатые влажные хрипы после покашливания. Над остальными отделами легких перкуторный звук легочный, дыхание ослабленное везикулярное. Пульс – 92 удара в мин., ритмичный. АД – 130/65 мм рт. ст. Ритм сердечных сокращений нормальный, тоны нормальной звучности, дополнительные шумы отсутствуют. Живот обычной конфигурации, мягкий и безболезненный при пальпации. Размеры печени и селезенки не увеличены. Периферических отеков нет.

Анализ крови: эритроциты – 3,5 x10<sup>12</sup>/л, Нв – 120 г/л, лейкоциты – 11,4x10<sup>9</sup>/л, э – 1%, п – 16%, с – 50%, м – 17%, л – 16%, СОЭ – 36 мм/час.

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

3. Составьте план дополнительных методов исследования.

4. Оцените результаты дополнительного обследования.

5. Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией.

6. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого.*

2. *Внебольничная пневмония с локализацией в верхней доле левого легкого, нетяжелая. Силикоз.*

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

4. *В общем анализе крови – лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышение СОЭ, обусловленные воспалительным процессом. В мокроте – микобактерии туберкулеза. На рентгенограмме синдром легочной диссеминации, в S1-2 инфильтрат с распадом.*

5. *Диссеминированный туберкулез с локализацией в обоих легких (подострое течение), фаза инфильтрации и распада, МБТ(+).*

6. *Показана госпитализация в туберкулезную больницу для противотуберкулезной терапии.*

4. Больной Н., 55 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на кашель по утрам с отделением вязкой зеленой мокроты, одышку при небольшой физической нагрузке, утомляемость. Настоящее ухудшение около двух недель, связывает с перенесенной вирусной инфекцией. Кашель со слизистой мокротой отмечает около 10 лет. В течение последних 2 лет стал отмечать одышку. Иногда, когда чувствует себя хуже, по совету знакомых использует сальбутамол (по одной дозе утром и вечером), с кратковременным эффектом. Отмечает, что за последний год похудел примерно на 5 килограммов. Работает плотником. Курит 20-30 сигарет в сутки более 35 лет. Аллергические реакции на пенициллиновые антибиотики и новокаин в виде крапивницы, отека Квинке. У матери бронхиальная астма, отец умер от рака желудка. Общее состояние удовлетворительное. Диффузный цианоз и акроцианоз. Рост 170 см, вес 86 кг. Отеков нет. Грудная клетка бочкообразная. Тип дыхания брюшной. ЧД в покое 21 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна, эластичность снижена. При перкуссии - коробочный оттенок звука над всей поверхностью легких. Подвижность нижнего легочного края справа и слева по задней подмышечной линии 3 см. При аускультации на фоне ослабленного дыхания выслушиваются диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, 110 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона на легочной артерии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

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

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

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

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

Пульсоксиметрия: SpO<sub>2</sub> – 88%.

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Оцените результаты дополнительных методов обследования.
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Определите тактику ведения и назначьте лечение.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Хроническая обструктивная болезнь легких, фаза обострения.
2. Бронхиальная астма, центральный рак легкого.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, спирометрия, Rg-грамма органов грудной полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия.
4. В общем анализе крови – эритроцитоз, обусловленный хронической гипоксией, повышение СОЭ. Характер мокроты – гнойный. По данным спирометрии – бронхиальная обструкция, необратимая. Рентгенологически верифицирована эмфизема и базальный пневмосклероз. На ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия – хроническое легочное сердце. Сатурация отражает ДН II степени.

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

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

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

1. О какой патологии прежде всего следует подумать врачу?

2. Что получим при исследовании мочи по Нечипоренко?

3. В какой порции будут изменения при проведении пробы Томпсона?

4. Какое исследование подтвердит диагноз?

5. Какое исследование необходимо провести для правильного выбора терапии?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Острый пиелонефрит слева.

2. Значительное увеличение лейкоцитов (более 4000).

3. Во всех 3-х.

4. Экскреторная урография, УЗИ почек.

5. Бактериологическое исследование.

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Диагностическим критерием острого лейкоза является

1) наличие в пунктате костного мозга бластов 20% и более (+)

2) лейкоцитоз

3) геморрагический синдром

4) анемический синдром

2. Под лимфоаденопатией понимают

1) высокий лимфобластоз в стернальном пунктате

2) увеличение лимфоузлов(+)

3) лимфоцитоз в периферической крови

3. Лимфогранулематоз чаще начинается с увеличения

1) забрюшинных лимфоузлов

2) подмышечных лимфоузлов

3) надключичных лимфоузлов

4) лимфоузлов средостения

5) шейных лимфоузлов(+)

4. Двс-синдром клинически проявляется

1) панцитопенией

2) гематомным типом кровотечения

3) признаками полиорганной недостаточности(+)

5. Показаниями для срочного переливания эритроцитарной массы является
- 1) острая кровопотеря
  - 2) тяжелый анемический синдром
  - 3) угроза развития анемической комы(+)
  - 4) уровень гемоглобина 75 г/л и ниже
6. Больного в12-дефицитной анемией следует лечить
- 1) до нормального уровня гемоглобина
  - 2) всю его жизнь
  - 3) 1 год
  - 4) 3 месяца
  - 5) 6 месяцев
7. Основным способом коррекции дефицита железа у донора является
- 1) назначение продуктов питания, богатых железом
  - 2) переливание эритроцитарной массы(+)
  - 3) назначение препаратов железа
8. Опухолевые клетки при лимфогранулематозе называются
- 1) клетки боткина-гумбрехта
  - 2) клетки штенгеймера-мальбина
  - 3) клетки березовского-штернберга(+)
  - 4) мегалобласты
9. Жалобы на парестезии в стопах и неустойчивость походки при в12-дефицитной анемии обусловлены
- 1) гипокалиемией
  - 2) энцефалопатией
  - 3) фуникулярным миелозом(+)
  - 4) ангиопатией артерий нижних конечностей
10. Клетки боткина-гумбрехта могут определяться при
- 1) хроническом миелолейкозе
  - 2) миеломной болезни
  - 3) хроническом лимфолейкозе(+)
  - 4) остром лейкозе
11. Диагнозу желездефицитной анемии соответствует
- 1) снижение количества тромбоцитов
  - 2) макроцитоз и гиперхромия
  - 3) гипохромия эритроцитов и микроцитоз(+)
12. Для витамин в12-дефицитной анемии характерно наличие
- 1) мегалобластов в пунктате костного мозга(+)
  - 2) спленомегалии
  - 3) гипохромии эритроцитов
  - 4) извращения вкуса
13. Лечение аутоиммунной гемолитической анемии следует начинать с назначения
- 1) НПВС
  - 2) глюкокортикостероидов(+)
  - 3) иммунодепрессантов
  - 4) проведения гемотрансфузий

5) спленэктомии

14. При протеинурии и гиперпротеинемии с выявлением белка бенс-джонса следует думать о

- 1) нефротическом синдроме
- 2) миеломной болезни(+)
- 3) макроглобулинемии вальденстрема

15. Больному с пернициозной анемией необходимо назначать

- 1) витамин в-12 внутримышечно(+)
- 2) препараты железа
- 3) фолиевую кислоту
- 4) гемотрансфузии
- 5) витамин в-12 внутрь

16. Наибольшая диагностическая ценность при железодефицитной анемии принадлежит выявлению

- 1) сидеробластов в костном мозге
- 2) гиперхромии эритроцитов
- 3) низкого уровня сывороточного железа
- 4) низкого уровня ферритина сыворотки крови(+)
- 5) гипотрофии эритроцитов

17. При полной клинико-гематологической ремиссии содержание бластов в костном мозге составляет до

- 1) 5%(+)
- 2) 10%
- 3) 15%

1

18. При гемофилии а в случае кровоизлияния в сустав и сильных болях следует назначить

- 1) холод
- 2) тепло
- 3) викасол
- 4) novo seven (vii фактор свертывания) (+)
- 5) анальгин дт

19. Причиной витамин в12-дефицитной анемии чаще всего является

- 1) гастрэктомия(+)
- 2) энтеропатии
- 3) дифиллоботриоз
- 4) хроническая кровопотеря

20. Наиболее частыми причинами железодефицитной анемии у женщин являются

- 1) меноррагии(+)
- 2) метроррагии
- 3) частые роды
- 4) нефрэктомия
- 5) хронический гастрит

**(ПК-3)**

<b>11 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации – зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и

<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	безопасность ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
--	---

### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Задачи с эталонами ответа

1. Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С. Из анамнеза известно, что пациент курит 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Последние 15 лет его беспокоит кашель, больше по утрам, преимущественно в холодное время года. При ухудшении состояния и повышении температуры принимал аспирин, анальгин, травяные сборы. Около двух лет назад появилась одышка при физической нагрузке, усилился кашель, в связи с чем больной впервые обратился к врачу. Настоящее ухудшение в течение последних 5 дней, связывает с переохлаждением. В связи с появлением затрудненного дыхания и с усилением одышки и гнойность мокроты, повышением температуры обратился к врачу.

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

Общий анализ крови: НВ - 155 г/л, эритроциты - 4,9x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 9,7x10<sup>9</sup>/л, эозинофилы -4%, палочкоядерные -1%, сегментоядерные - 57 %, лимфоциты - 36 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 17 мм/ч.

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

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

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

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

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

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2. Составьте и обоснуйте план исследования

3. Назначьте лечение

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

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

*Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб больного на одышку, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С, данных анамнеза кашель с мокротой отмечает в течении 15 лет, одышка беспокоит около 2 лет. При объективном осмотре: Температура тела 37,6 °С. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлинненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Данные анализа мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения; рентгенография органов грудной полости: изменения характерные для хронического бронхита и эмфиземы легких; на ЭКГ- гипертрофия правых отделов сердца; Спирография- изменения рестриктивного и обструктивного характера. ОФВ1- 53%, ЖЕЛ 64%.*

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

*3. Лечение: антибактериальные препараты по спектру чувствительности, муколитические препараты (АСС, амброксол), бронходилататоры: бета2-агонисты (беродуал), холинолитики (спирива) (ингалятор, небулайзер), ИГКС (симбикорт), теофиллин, кислород.*

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

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

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

2. Больной, 64 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (около 100 м ходьбы), преимущественно затруднен выдох, кашель приступообразного характера с выделением мокроты, учащенное сердцебиение, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза: Страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет, обострения возникают 2-3 раза в год. Курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день. Объективно: теплый диффузный цианоз, субфебрилитет, шейные вены набухшие, ЧДД - 22 в мин. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание, сухие

свистящие и единичные мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне удлиненного выдоха. Границы сердца расширены вправо, тоны приглушены, акцент 2 тона над легочной артерией. АД -110/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отеки на ногах. Данные спирографии: ОФВ1 (постбронходилатационный) - 45% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ- 65% от должного. РаО2 - 35мм рт. ст., SaO2 - 70%.

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Назовите наиболее информативные инструментальные исследования для диагностики хронического легочного сердца и возможные результаты.

3.Определите схему лечения в зависимости от стадии ХОБЛ (GOLD).Установите тактику лечения ХЛС.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

*Диагноз хронической обструктивной болезни легких установлен на основании жалоб больного на: одышку экспираторного типа, кашель с выделением мокроты; данных анамнеза: страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет; курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день. Установление степени и тяжести течения ХОБЛ основано на данных: ОФВ1 (постбронходилатационный тест) - 45%, ОФВ1/ФЖЕЛ-65% (GOLD,2007). Группа D определена по следующим критериям: 3 степень спирометрии, частота обострений более 2 раз в год, шкала одышки mMRC 3 (тяжелая- одышка после прохождения около 100 м). Бронхитический тип установлен на основании наличия кашля с гиперсекрецией мокроты, диффузного цианоза, выраженной обструкции бронхов, декомпенсированного легочного сердца, а также признаков прогрессирующей дыхательной недостаточности и сердечной недостаточности. Дыхательная недостаточность установлена ввиду наличия одышки, цианоза, умеренного снижения АД, увеличения ЧДД; степень дыхательной недостаточности установлена на основании уменьшения РаО2< 40 мм рт. ст. и SaO2 < 75%. Осложнение хронического легочного сердца установлено по наличию одышки при незначительной нагрузке, теплого диффузного цианоза, сердцебиения, акцента 2 тона над легочной артерией Стадия декомпенсации ХЛС установлена на основании наличия симптомов правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, периферические отеки). Стадия хронической сердечной недостаточности определена вследствие наличия нарушения гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения; функциональный класс в соответствии с выраженным ограничением физической активности.*

*2. План дополнительного обследования:*

- *Общий анализ крови.*
- *Биохимический анализ крови на: общий белок и его фракции, трансаминазы, билирубин и его фракции, холестерин, триглицериды и его фракций, СРБ.*
- *Общий анализ мокроты с цитологией (для выявления атипичных клеток и БК).*
- *Спирография, пикфлоуометрия, КЩС (повторить для констатирования степени дыхательных нарушений).*
- *Рентгенография органов грудной клетки для исключения других причин кашля с мокротой и уточнения характера патологических изменений со стороны легочно-сердечной системы.*
- *ЭКГ и ЭхоКГ для диагностики легочного сердца.*
- *УЗИ органов брюшной полости для определения размеров и структуры печени.*
- *КТ, МРТ легких для детализованного определения патологических изменений.*

*Наиболее информативные признаки ХЛС:*

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

### 3. Лечебная тактика I. Все стадии:

1. Исключение факторов риска.
2. Ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной.
3. Ингаляции при необходимости одного из: атровент 40 мкг, беродуал – 2 дозы, беротек – 200-400 мкг, сальбутамол 200-400 мкг Стадии II, III и IV (но не на стадии I).
4. Регулярные ингаляции (атровент 40 мкг 4 раза в сутки или спирива 18 мкг 1 раз в сутки ± серевент 50 мкг 2 раза в сутки или формотерол 12 мкг 2 раза в сутки) ± внутрь теофиллин 0,2- 0,3 г 2 раза в сутки или беродуал 2 дозы 4 раза в сутки или серевент 50 мкг 2 раза в сутки или формотерол 12 мкг 2 раза в сутки ± теофиллин 0,2-0,3 г 2 раза в сутки.
5. Реабилитационные мероприятия.
6. Стадии III и IV (но не на стадии I и II):
7. Регулярные ингаляции (беклометазон 1000-1500 мкг/сут или будесонид 800-1600 мкг/сут или флутиказон 500-1000 мкг/сут или серетид 50/250 мкг (1-2 дозы 2 раза в сутки) (или симбикорт 4,5/160 мкг (2-4 дозы 2 раза в сутки) при ежегодных или более частых обострениях за последние 3 года и положительном функциональном ответе (эффективность оценивается через 6-12 нед. по бронходилатационному тесту).
8. Реабилитационные мероприятия.

Лечение легочной гипертензии и легочного сердца включает:

1. Оптимальная терапия ХОБЛ.
2. Длительная оксигенотерапия (более 15 ч/сут).
3. Диуретики (т.к. имеются отеки) и дезагреганты, антиагреганты (низкомолекулярные гепарины, непрямые антикоагулянты).
4. Борьба с сердечной недостаточностью. Дигоксин (ввиду наличия сопутствующей левожелудочковой недостаточности, т.к. сердечные гликозиды не оказывают влияния на сократимость и фракцию выброса правого желудочка) – малоэффективен. Спорно: вазодилататоры (нитраты, антагонисты Ca, ИАПФ) – ухудшение оксигенации крови и артериальная гипотензия. Но антагонисты Ca (нифедипин SR 30-240 мг/сут и дилтиазем SR 120-720 мг/сут) могут применяться у больных с тяжелой легочной гипертензией при недостаточной эффективности бронхолитиков и оксигенотерапии.

3. Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделью назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи — стала красноватая. Направлен в стационар. При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД — 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании — общий анализ мочи: уд. вес — 1018, белок — 0,18 г/л, лейкоц. — 1-2-3 в п/зр., эр. — много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

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

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

Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Результаты дополнительного обследования к задаче №1 :

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Предварительный диагноз: хронический гломерулонефрит, гематурическая форма.*
2. *Диф. диагноз: мочекаменная болезнь, травмы почек, опухоли, туберкулез, интерстициальный нефрит.*
3. *План обследования: УЗИ почек, обзорная урография для исключения конкрементов, новообразований, при необходимости в/в урография, цистоскопия, компьютерная томография.*
4. *Анализ мочи на БК, туберкулиновые пробы*
5. *Проба Зимницкого.*
6. *Уровень креатинина, мочевины. Проба Реберга.*
7. *Уровень иммуноглобулинов А.*
8. *Нефробиопсия.*
9. *Лечение: гематурический гломерулонефрит специального лечения не требует, нетрудоспособность на время макрогематурии. Целесообразно ограничение белка, полезен зеленый чай. Прогноз благоприятный.*

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

анализ крови: Нв — 120 г/л, эритроциты —  $4,6 \times 10^{10}$ /л, лейкоц. —  $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ — 20 мм/час. Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л — 130 мкмоль/л - 100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л — 90 мкмоль/л — 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л — 200 мкмоль/л — 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).

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

АСЛ-О — 320 ед.

Общий белок: 65 г/л

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

Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.

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

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

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

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

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

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предварительный диагноз: острый нефритический синдром.*

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

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

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

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

Около 4 мес. назад перенес фолликулярную ангину. Спустя 2 недели после ангины появились отеки на ногах, лице, пояснице, уменьшилось количество мочи до 300 мл/сут. В течение 3,5 мес. находился на лечении в терапевтическом отделении. Проводимая терапия: преднизолон 60 мг/сут., гипотензивные, мочегонные препараты - не эффективна. Состояние прогрессивно ухудшалось, нарастали отеки, слабость, появилась тошнота,

рвота. В моче постоянно массивная протеинурия, АД стойко повышено.

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

Мочевина 35 ммоль/л, креатинин 1.5 ммоль/л, холестерин 16.6 ммоль/л, бета-липопротеиды 1.75, общий белок крови 45 г/л, альбумины 20%,  $\alpha_1$ -5%,  $\alpha_2$ -33%,  $\beta$  -12%,  $\gamma$  -20%, рН крови 7.24, К-7.0 ммоль/л

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

Суточная протеинурия 12 г

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

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

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

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

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

*2. Экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит с полудуниями.*

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

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

*Антиагреганты: курантил 75 мг 3 раза в день*

*Диуретики (лазикс, фуросемид)*

*Гипотензивные средства (иАПФ, БРА, антагонисты кальция)*

*Альбумин 100 мл в/в кап*

*Плазмаферез.*

*Лечение анемии препаратами Fe.*

*4. Да, гемодиализ.*

*5. Требуется консультация ревматолога.*

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Основным отличием сахарного диабета 2 типа от сахарного диабета 1 типа является
  - 1) склонность к кетоацидозу
  - 2) абсолютный дефицит инсулина
  - 3) высокий уровень с-пептида (+)
  - 4) деструкция  $\beta$ -клеток
2. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабе-  
Том является результатом
  - 1) цирроза

- 2) гепатита
  - 3) жирового гепатоза (+)
3. Инсулин короткого действия при сахарном диабете 1 типа обычно вводится
- 1) непосредственно до или сразу после приема пищи
  - 2) за 10-15 минут до приема пищи
  - 3) за 20-30 минут до приема пищи (+)
  - 4) за 1 час до еды
4. Потребность в вводимом инсулине на первом году заболевания сахарным диабетом
- 1) 0,4 ед на 1 кг массы тела в сутки
  - 2) 0,5 ед на 1 кг массы тела в сутки
  - 3) индивидуальная, в зависимости от степени инсулиновой недостаточности (+)
  - 4) 0,3 ед на 1 кг массы тела в сутки
5. Препаратом выбора при умеренной гипергликемии у больных сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела является
- 1) глибенкламид
  - 2) репаглинид
  - 3) инсулин
  - 4) метформин (+)
6. В лечении сахарного диабета 2 типа из препаратов группы бигуанидов используют
- 1) глимепирид
  - 2) репаглинид
  - 3) ситаглиптин
  - 4) эксенатид
  - 5) метформин (+)
7. При диффузном токсическом зобе редко встречается
- 1) похудание
  - 2) сухость кожных покровов (+)
  - 3) общий гипергидроз
  - 4) дрожание конечностей, мышечная слабость
  - 5) постоянное сердцебиение
8. Для диагностики тиреотоксикоза используют
- 1) пункционную биопсию щитовидной железы
  - 2) определение тТГ и тироксина (+)
  - 3) определение тиреоглобулина
  - 4) определение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы
9. Для выведения из гипогликемической комы назначают
- 1) прием внутрь 2–3 кусочков сахара
  - 2) 40% раствор глюкозы внутривенно (+)
  - 3) 5% раствор глюкозы подкожно
10. Долгосрочную компенсацию углеводного обмена оценивают уровнем
- 1) гликированного гемоглобина (+)
  - 2) протеинурии
  - 3) с-пептида
  - 4) гликемии
11. Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным

диабетом, является

- 1) автономная нейропатия (+)
- 2) пролиферативная ретинопатия
- 3) атрофия зрительных нервов
- 4) катаракта
- 5) глаукома

12. Для диагностики первичного гипотиреоза используют

- 1) сцинтиграфию щитовидной железы
- 2) определение уровня са в крови
- 3) определение уровня ттг и свободного т4 (+)
- 4) определение общего т3
- 5) определение уровня тироксинсвязывающего глобулина

13. Способ введения инсулина пролонгированного действия

- 1) подкожный (+)
- 2) внутримышечный
- 3) внутривенный

14. Наиболее информативным методом дооперационной диагностики рака щитовидной железы является

- 1) тонкоигольная аспирационная биопсия узла с цитологическим исследованием (+)
- 2) пальпация щитовидной железы
- 3) УЗИ щитовидной железы
- 4) исследование уровня тиреоидных гормонов
- 5) исследование уровня тиреоглобулина

15. При манифестации сахарного диабета 2 типа уровень с-пептида чаще

- 1) резко снижен или не определяется
- 2) нормальный
- 3) повышен (+)

16. При выявлении диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии к проводимой терапии необходимо добавить

- 1) аспирин
- 2) β-блокаторы
- 3) антагонисты кальция
- 4) ингибиторы апф (+)

17. К принципам диетотерапии больных сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела/ожирением, получающих инсулин, относят

- 1) подсчет углеводов по системе хе не требуется
- 2) нормокалорийное питание
- 3) гипокалорийное питание, подсчет углеводов по системе хе (+)

18. В рационе больного сахарным диабетом без ограничения

Могут использоваться углеводсодержащие продукты

- 1) картофель
- 2) зелень (+)
- 3) бананы
- 4) виноград
- 5) сухофрукты

19. Альфа-клетками островков Лангерганса секретируется

- 1) глюкагон (+)
- 2) соматостатин
- 3) инсулин
- 4) с-пептид
- 5) панкреатический полипептид

20. Активным стимулятором секреции инсулина является

- 1) электролиты
- 2) глюкоза (+)
- 3) фруктоза
- 4) аминокислоты
- 5) свободные жирные кислоты

### (ПК-6)

<b>11 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации – зачет</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

#### **Задачи с эталонами ответа**

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Определите тактику неотложной терапии.

*ЭТАЛОН ОТВЕТА*

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

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

3. Лечение:

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

2. Больной А., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на затруднение дыхания преимущественно на выдохе, приступы удушья 1-2 раза в сутки, редкий сухой кашель. Впервые затруднение дыхания ощутил около полугода назад, ухудшение самочувствия в течение недели. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. По совету знакомых принимал теофиллин, после чего состояние улучшалось. Ощущение нехватки воздуха и одышка возникают при воздействии резко пахнущих веществ, бытовой пыли, однажды приступ удушья возник в ночное время без видимой причины. Аллергоанамнез: реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. В детстве часто болел простудными заболеваниями, неоднократно в дошкольном и младшем школьном возрасте болел бронхитом. Курит с 17 лет до 5-10 сигарет с фильтром в день. Наследственность не отягощена.

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

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

Анализ крови общий.

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

– 8 мм/ч.

Анализ мочи общий.

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

Общий IgE – 180 МЕ/л.

Рентгенограмма легких.

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

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

SpO<sub>2</sub> – 92%.

Спирометрия: ЖЕЛ – 85% от должн. ОФВ<sub>1</sub> – 60% от должн. Индекс Тиффно – 63%. ПСВ – 68% от должн. МОС<sub>25</sub> – 81 % от должн. МОС<sub>50</sub> – 72 % от должн. МОС<sub>75</sub> – 64 % от должн. Проба с сальбутамолом – прирост ОФВ<sub>1</sub> – 19%.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

3. План обследования больного?

4. Оцените данные дополнительного обследования.

5. Установите клинический диагноз.

6. Какова тактика ведения больного?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Бронхиальная астма, аллергическая, фаза обострения.*

*2. ХОБЛ, хронический обструктивный бронхит, фаза обострения.*

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

*4. В общем анализе крови – эозинофилия. Общий IgE повышен. По данным спирометрии – бронхиальная обструкция, обратимая, на уровне мелких и средних бронхов. На рентгенограмме и ЭКГ значимых изменений не выявлено. Сатурация отражает ДН I степени.*

*5. Бронхиальная астма, аллергическая, фаза обострения средней степени тяжести. ДН I.*

*6. Показана госпитализация в терапевтическое отделение. Режим общий. Диета – основной стол. Комбинированные бронхолитики короткого действия через небулайзер. Парентеральные глюкокортикостероиды. После купирования обострения подбор поддерживающей терапии.*

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

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

Объективно при поступлении: положение вынужденное, с приподнятым головным концом, цианоз губ, ЧДД 32 в мин., лицо одутловатое, анасарка. Пульс 90 в мин., ритм правильный, АД 190/110 мм рт ст., границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край 3 ребра, левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца резко ослаблены. Над легкими - ясный легочный звук, от углов лопаток с обеих сторон - притупление перкуторного звука, дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, здесь же - обилие влажных незвучных хрипов. Живот увеличен в размерах за счет асцита, симптом поколачивания

отрицателен с обеих сторон. Лабораторные данные: ОАК - Эр 4,2 x10<sup>12</sup>/л., Нв-132 г/л, ц.п. 0,9, Л- 7,0 x10<sup>9</sup>/л, э-4, п-4, с- 60, л-22, м-10, СОЭ 20 мм/час  
Общий белок крови 52 г/л, альбумины 30%, α1-4%, α2-12%, β -12%, γ- 16%, Холестерин 9.8 ммоль/л, β-липопротеиды 1.5, мочевины 6.2 ммоль/л, креатинин 0.088 ммоль/л. К-4,5 ммоль/л

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

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

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. ХБП 2-3 ст., в исходе острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом. Период развернутых клинических проявлений. Нефрогенная гипертензия.*

*2. Осложнение: острая левожелудочковая недостаточность(отек легких).*

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

*Жгуты резиновые на нижние конечности, морфин 1%-1,0 в/м или промедол 2%-1,0 в/м  
Коргликон 0,06% 0,5мл в/в струйно на физ.растворе*

*Лазикс 2,0 в/в струйно*

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

*4. Преднизолон 60 мг /сутки*

*Курантил 125-250 мг/сутки*

*Гепарин 5 тыс.ЕД 4 раза п/к*

*Лазикс 2.0 в/в кап. 2-3 раза в день.*

*Альбумин 100 мг в/в кап.*

*Верошпирон 50мг 3 раза в день*

*5. Показаний для экстракорпорального очищения крови нет.*

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

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

Общий анализ крови: эр. — 3,0x10<sup>12</sup>/л, Нв — 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. — 7,8x10<sup>9</sup>/л, формула без отклонений, СОЭ — 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес — 1002, белок — 1,0 г/л, лейкоц. — 4-5 в п/зр., эр. — 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин — 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация — 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 97%.

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

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

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Диагноз: ХБП 3-4ст., в исходе хронического гломерулонефрита, латентный (по*

клинической классификации Тареева), осложнение: нефрогенная артериальная гипертензия, анемия.

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

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

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

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

Энтеросорбенты. Слабительные.

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

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

5. Пациентка 45 лет, преподаватель вуза, обратилась в женскую консультацию по поводу интенсивных приливов жара до 30 раз в течение суток, ночную потливость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость. Из анамнеза: Менархе в 13 лет, цикл установился сразу. Менструации были умеренные по 4 дня через 28 дней. В течение последнего года появились приливы жара, менструации стали нерегулярными (через 2 - 3 месяца). Родов 2, аборт 1. Травм и операций не было. С 34 лет стала отмечать периодические повышения АД до 160/90 мм рт. ст., связанные со стрессами. При повышении АД принимала дибазол в таблетках. В 38 лет, в период приёма гормональных контрацептивов, был эпизод тромбоза вен правой голени. Отец пациентки перенёс инфаркт миокарда в 38 лет, умер в 56 лет после перенесённого нарушения мозгового кровообращения. Объективно: Состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, кожа влажная, выражен белый дермографизм. Щитовидная железа не пальпируется. Отёков нет. Левая граница сердца - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Пульс = 94 в 1 мин в покое. АД 150/90 мм рт. ст. Температура тела = 36,8°C. Окружность талии 72 см. Масса тела 59 кг, рост 162 см. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие. Результаты лабораторно-инструментального обследования: ОАК: Эр. =  $4,3 \times 10^{12}$  /л., НЬ = 125 г/л. Лейкоциты =  $6,2 \times 10^9$  /л, СОЭ = 4 мм/час. ОАМ: плотность = 1022; белок не обнаружен. Лейкоциты и пл. эпителий - ед. в п/зр., эритроциты 1 - 2 в п/зр. ЭКГ: Ритм синусовый, 88 в 1 минуту.  $RI > Rn > Rnb$   $R V_5 > R V_4$ ,  $R V_5 + S V_1 = 35$  мм.  $PQ = 0,13$  сек. Биохимический анализ крови: Общий холестерин 6,2 ммоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 70 г/л, креатинин 88,4 мкмоль/л. Гормоны крови: ФСГ = 96 МЕ/мл, ТТГ = 1,3 МЕ/л УЗИ органов малого таза: тело матки размерами 56мм\*38мм\*34мм, М-эхо = 4 мм. Яичники объемом 2,5 и 3,0 см<sup>3</sup>, содержат мелкие фолликулы.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

*ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Диагноз заболевания и его обоснование: Перименопауза. Климактерический синдром, тяжёлое течение. Артериальная гипертензия, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Атерогенная дислипидемия. Обоснование пременопаузы: перименопауза - период нарушений менструального цикла у женщины в возрасте 45 лет (лабораторное подтверждение - повышенный уровень ФСГ). Обоснование климактерического синдрома и его тяжести: климактерический синдром - появление характерных жалоб (приливы «жара», потливость, утомляемость, и пр.), тяжесть течения синдрома в данном случае определяется по количеству приливов в течение суток (30 приливов) Обоснование нозологической формы: У больной типичные нейровегетативные проявления климактерического синдрома: приливы жара, ночная потливость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость, возникшие на фоне нарушения менструального цикла. Диагноз подтверждается высоким уровнем ФСГ. Обоснование АГ 2 степени: периодические повышения АД до 160/90 мм рт. ст. Обоснование АГ 2 стадии: признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ. Обоснование крайне высокого сосудистого риска: АГ 2 степени + гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислипидемия + ранние сосудистые катастрофы в семейном анамнезе.*

2. *Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики не требуется дополнительного обследования. Для дополнительной объективизации степени риска тромбоэмболических осложнений: оценка гемостазиограммы и маркеров антифосфолипидного синдрома (антитела к фосфолипидам, волчаночный антикоагулянт). Для уточнения поражения органов-мишеней АГ: определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, сосудов головы и шеи, почечных артерий. Для уточнения характера повышений АД: суточное мониторирование АД Для уточнения типа дислипидемии: оценка уровня ЛПВП и триглицеридов сыворотки крови. Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ ( $R I > R II > R III$ ,  $R V5 > R V4$ ,  $R V5 + S V6 = 35$  мм): задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках - бытовых, спортивных) и провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного аппарата сердца. Показаны консультации кардиологом и психотерапевтом.*

3. *Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:*

- *Диета № 10: максимальное ограничение жиров и простых углеводов, алкоголя, ограничение поваренной соли и жидкости.*
- *Постепенное увеличение циклических аэробных физических нагрузок.*
- *Учитывая 2 стадию АГ, антигипертензивную терапию следует начинать с комбинации двух или трёх препаратов. Показано сочетание ингибитора АПФ (эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, периндоприл 5 - 10 мг в сутки, лизиноприл 20 мг в сутки) или блокатора рецепторов к ангиотензину II (ло- зартан 50 - 100 мг, ирберсартан 300 мг, кандесартан 8 - 16 мг, валсартан 80 - 160 мг в сутки) с агонистом имидазолиновых рецепторов в ЦНС моксонидином (0,4 мг) или комбинации ингибитора АПФ и малых доз диуретика (гипотиазид 12,5 - 25 мг, индапамид 1,5 - 2,5 мг). Назначение в-блокаторов в данном случае противопоказано ( $PQ = 0,13$  сек.); нежелательность назначения антагонистов кальция (амлодипин, фелодипин, нифедипин) определяется возможностью усиления приливов жара. Обязательно назначение гиполлипидемической терапии (симвастатин 40 мг, розувастатин 10 мг, флувастатин 40 мг в сутки).*
- *Учитывая высокий индивидуальный риск тромбоэмболических осложнений, назначение заместительной гормональной терапии можно проводить только после исключения патологии свёртывающей системы (при нормальных показателях возможно назначение циклической ЗГТ - трансдермально эстрогены типа Эстрожель или Дивигель или Климара в сочетании с интра- вагинальным введением Утрожестана; при необходимости в контрацепции - сочетание с постановкой ВМС-Мирена). Альтернативным методом лечения КС может быть назначение растительных и гомеопатических средств (климакто- план, климаксан, климадинон, ременс и др.).*

## Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

### Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. При развитии эклампсии при остром гломерулонефрите ее исход как правило
  - 1) неблагоприятный
  - 2) благоприятный (+)
  - 3) зависит от уровня протеинурии
  - 4) зависит от наличия сердечной недостаточности
  - 5) зависит от состояния белковых фракций крови
  
2. Уровень альбумина сыворотки крови при остром гломерулонефрите как правило
  - 1) понижен
  - 2) нормальный (+)
  - 3) вначале понижен, затем высокий
  - 4) вначале повышен, затем снижен
  - 5) повышен
  
3. Мочевая кислота сыворотки крови составляет в норме
  - 1) 0,5-0,8 ммоль/л
  - 2) 0,15-0,48 ммоль/л (+)
  - 3) 2,2-2,8 ммоль/л
  - 4) 1-2 ммоль/л
  - 5) 2,8-3,2 ммоль/л
  
4. О состоянии клубочковой фильтрации можно косвенно судить по величине в плазме
  - 1) мочевины
  - 2) остаточного азота
  - 3) азота мочевины
  - 4) креатинина (+)
  
5. При исследовании мочи по нечипоренко количество лейкоцитов в норме составляет до
  - 1) 2000 в 1 мл
  - 2) 4000 в 1 мл (+)
  - 3) 1000 в 1 мл
  - 4) 10 000 в 1 мл
  - 5) 8000 в 1 мл
  
6. При липоидном нефрозе протеинурия как правило
  - 1) неселективная
  - 2) смешанная
  - 3) высокоселективная (+)
  
7. При исследовании мочи по нечипоренко количество эритроцитов в норме составляет до
  - 1) 3000 в 1 мл
  - 2) 2000 в 1 мл
  - 3) 4000 в 1 мл
  - 4) 5000 в 1 мл
  - 5) 1000 в 1 мл (+)
  
8. Обнаружение гиалиновых цилиндров в моче
  - 1) свидетельствует о хроническом пиелонефрите

- 2) выявляется при хроническом гломерулонефрите
- 3) характерно для амилоидоза почек
- 4) свидетельствует о патологии почек без дифференциации заболевания
- 5) патологического значения не имеет (+)

9. У больного с выявленной гиперазотемией исследование мочи по Зимницкому

- 1) показано
- 2) показано в зависимости от основного заболевания
- 3) показано в зависимости от стадии недостаточности
- 4) не показано (+)
- 5) показано в зависимости от уровня артериального давления

10. В раннюю олигурическую стадию ренальной острой почечной недостаточности больному показано введение

- 1) фуросемида (+)
- 2) солевых растворов
- 3) плазмы

11. Содержание сахара в моче, равное 1%, увеличивает удельный вес мочи на

- 1) 4 ед (+)
- 2) 2 ед
- 3) 1 ед
- 4) 5 ед
- 5) 3 ед

12. При наличии у больного протеинурии 30 г/л удельного веса мочи 1020, истинный удельный вес мочи равен

- 1) 1005
- 2) 1010 (+)
- 3) 1003
- 4) 1013
- 5) 1015

13. Максимальный удельный вес мочи в условиях 18 часовой дегидратации должен быть не менее

- 1) 1025 (+)
- 2) 1010
- 3) 1020
- 4) 1030
- 5) 1018

14. Протеинурия 3 г/л увеличивает удельный вес мочи

- 1) на 2 ед
- 2) на 5 ед
- 3) на 4 ед
- 4) на 3 ед
- 5) на 1 ед (+)

15. Противопоказанием к пункционной биопсии почки является

- 1) нарушение свертывающей системы (+)
- 2) туберкулез почки
- 3) хроническая почечная недостаточность
- 4) опухоль почки

16. При шоке причиной острой почечной недостаточности является

- 1) падение артериального давления (+)
- 2) вегетативные нарушения
- 3) влияние токсических веществ из поврежденных тканей
- 4) сопутствующая инфекция
- 5) образование комплексов антигенантитело

17. Критериями нефротического синдрома являются

- 1) отеки, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия
- 2) отеки, гематурия, артериальная гипертензия
- 3) протеинурия 1 г/сутки, отеки, гиперхолестеринемия
- 4) протеинурия  $\geq 3.0$  г/сутки, гипоальбуминемия  $\leq 30$  г/л (+)
- 5) гипопроteinемия, отеки, артериальная гипертензия

18. Почки человека расположены следующим образом

- 1) внутрибрюшинно
- 2) верхние полюса внутрибрюшинно, нижние забрюшинно
- 3) спереди от париетального листка брюшины
- 4) нижние полюса внутрибрюшинно, верхние забрюшинно
- 5) забрюшинно (+)

19. Набухание шейных вен у больного с отеками и протеинурией наиболее характерно для

- 1) заболевания щитовидной железы
- 2) патологии сердечнососудистой системы (+)
- 3) заболевания почек
- 4) пневмонии нетяжелого течения

20. Для получения адекватных результатов при исследовании мочи желательным условием является

- 1) минимальное время хранения мочи (+)
- 2) максимальная плотность мочи
- 3) максимально низкий pH мочи
- 4) хранение мочи в холодильнике

#### (ОПК-4)

12 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации - экзамен	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза

### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

#### Задачи с эталонами ответа

1. Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 1.5-2 месяца, когда фоне ОРВИ у больного усилился кашель с

выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появлялась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей.

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

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

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

Данные эхокардиографического исследования: аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм. При доплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 48,5 мм рт. ст.). Вопросы:

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

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

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

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

4. *Оксигенотерапия, бронхолитики (антихолинергические препараты - беродуал, атровент), невысокие дозы ИАПФ или антагонистов рецепторов АТ II под контролем АД, осмотические диуретики (фуросемид - 20-80 мг под контролем диуреза), антагонисты альдостерона (спиронолактон - 25-50 мг в сутки), антагонисты кальция, контроль АД и ЧСС.*

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

Объективный осмотр. Рост - 173 см. Вес - 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца ритмичны, глухие, ЧСС - 96 в минуту. АД - 140/88 мм рт. ст. Общий анализ крови: Нв - 174 г/л, лейкоциты - 5,5 x10<sup>9</sup>/л, эритроциты - 6,7x10<sup>12</sup>/л, тромбоциты - 350 x10<sup>9</sup>/л. СОЭ - 4 мм/ч. Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов.

Исследование газов крови: PO<sub>2</sub> - 92 мм рт. ст., PCO<sub>2</sub> - 46 мм рт. ст. Рентгенография органов грудной клетки: высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника.

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

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

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

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

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

2. При чрезмерном ожирении происходят следующие нарушения функции дыхания:

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

Все вышеперечисленные факторы фиксируют грудную клетку в инспираторном положении (как при эмфиземе), вследствие чего ограничивается пассивный акт выдоха и уменьшается дыхательный объем (ДО) и резервный объем вдоха (РОВд). В результате развивается «поверхностное» дыхание, что приводит к ухудшению притока воздуха к легочным альвеолам. Учащение дыхательных движений - преходящая компенсаторная реакция. При уменьшении ДО на 40 % (250 мл) даже учащение дыхательных движений до 40 в минуту не может поддержать нормальный уровень вентиляции легочных альвеол, что приводит к более или менее устойчивой альвеолярной гиповентиляции.

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

*Спирограмма соответствует рестриктивному типу дыхательной недостаточности.*

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

3. Пациентка 65 лет, пенсионерка, обратилась в женскую консультацию по поводу недержания мочи при кашле, чихании, поднятии тяжести. Также отмечает сухость и дискомфорт во влагалище, уменьшение роста на 5 см, боли в грудном отделе позвоночника при длительном стоянии. Из анамнеза: Менархе в 17 лет, цикл установился через 2 года. Менструации в течение всей жизни были скудные по 3 - 4 дня через 30 - 35 дней. Менопауза наступила в 44 года, сопровождалась тяжёлыми приливами жара в течение 10 лет. Лечения не получала. Роды 1, других беременностей не было. Гемотрансфузий не было. В 54 лет перелом дистального отдела левой лучевой кости при падении на улице. Мать пациентки умерла в возрасте 82 лет после перелома проксимального отдела бедренной кости. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа светлая, атрофичная. Подкожная клетчатка выражена слабо, равномерно. Пальпируется эластичный безболезненный перешеек щитовидной железы. Отёков нет. Увеличен грудной кифоз. Пальпация позвоночника безболезненная. Левая граница сердца - на 1 см кнутри от срединноключичной линии. Пульс = 74 в 1 мин в покое. АД = 120/70 мм рт. ст. Температура тела = 36,2°C. Окружность талии 62 см. Масса тела = 49 кг, рост = 152 см. Влагалищное исследование: вульва зияет, отмечается пролабирование передней (в большей степени) и задней стенки влагалища. Слизистые бледные, сухие, кровоточат при введении зеркала. Шейка матки визуальна без патологических изменений, слизистая тонкая, лакированная, наружный зев облитерирован. По передней стенке влагалища определяется выбухание стенки мочевого пузыря. Тело матки маленькое, плотное, ограничено подвижное. Придатки не определяются. Передний свод отсутствует, задний сглажен. Проба Valsava и кашлевая проба положительные. Результаты лабораторно-инструментального обследования: ОАК: Эр. = 4,3 x 10<sup>12</sup> /л., НЬ = 125 г/л. Лейкоциты = 6,2 \* 10<sup>9</sup>/л, СОЭ = 4 мм/час. ОАМ: плотность = 1020; белок не обнаружен. Лейкоциты 10 - 15 в п/зр, пл. эпителий 5 - 15 в п/зр. ЭКГ: Ритм синусовый, 72 в 1 минуту. R n >RI>Rnb RV 5 <RV 4 , RV5 + S V1 = 20 мм. PQ = 0,13 с. Биохимический анализ крови: Общий холестерин = 6,2 ммоль/л, глюкоза = 5,4 ммоль/л, общий белок = 70 г/л, креатинин = 88,4 мкмоль/л, общий кальций = 2,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза = 20 ед/л.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

*1. Диагноз заболевания и его обоснование: Постменопауза 21 год. Атрофический вагинит. Стрессовое недержание мочи. Слабость мышц тазового дна: цистоцеле. Постменопаузальный остеопороз, осложнённый переломом дистального отдела предплечья. Обоснование нозологической формы: У больной имеются факторы риска остеопороза: позднее начало и раннее прекращение репродуктивного периода, постменопауза, низкая масса тела и низкий рост, перелом бедра у матери. Клинические проявления осложнённого остеопороза - перелом предплечья и признаки переломов позвонков (боль в грудной клетке, уменьшение роста, усиление кифоза). Обоснование*

недержания мочи: жалобы на нарушение процесса мочеиспускания. Обоснование атрофического вагинита: бледность и сухость слизистой с инъекцией сосудов, заращение наружного зева, ранимость слизистой при осмотре в зеркалах.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики требуется дополнительное обследование: Для уточнения степени уrogenитальной атрофии: кольпоскопия, мазок на КПИ, индекс Барлоу (индекс вагинального здоровья). Для объективизации переломов тел грудных позвонков: рентгенография грудного отдела позвоночника. Для контроля эффективности терапии остеопороза: рентгеновская денситометрия проксимального отдела бедра, определение уровня остеокальцина, N-концевого телопептида, щелочной фосфатазы. Для исключения вторичного остеопороза: определение уровня общего и ионизированного кальция крови, паратгормона, уровня витамина Д в крови. Для уточнения характера недержания мочи: исследование уровня сывороточного железа, ОЖСС и ЛЖСС (исключить латентный его дефицит), консультация урологом. Для уточнения причины и характера гипертрофии ЛЖ: УЗИ сердца. Показана консультация врача ЛФК.

3. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- Диета № 10: ограничение легко всасывающихся и усваивающихся углеводов, алкоголя, поваренной соли при обязательном включении в рацион кисломолочных продуктов, морской рыбы (не реже 3 раз в неделю).
- Постепенное увеличение аэробных физических нагрузок. Избегать сгибания позвоночника. Обучение в школе больных остеопорозом.
- Учитывая суточную потребность в кальции (1500 мг/сут.), дополнительно к диете необходимо назначить комбинированный препарат кальция и витамина D3 (кальций- D3-Никомед-форте или Натекаль-О3) по 1 таб. 2 раза в день во время еды.
- Обязательно также назначение антирезорбтивной терапии: бисфосфонатов (алендронат 70 мг в неделю, ибандронат 150 мг в месяц внутрь или ибандронат 3 мг внутривенно 1 раз в 3 месяца или золендронат 5 мг внутривенно капельно, 1 раз в год)
- Для уменьшения боли в спине показано постоянное ношение корсета и применение кальцитонина лосося в виде назального спрея (200 МЕ в сутки) в начале лечения (перед приемом бисфосфонатов или ренелат стронция) на протяжении 3-6 месяцев.
- Интравагинальные формы эстриола: крем или свечи до достижения клинического эффекта, а далее - постоянно, на протяжении жизни в поддерживающей дозе.
- Гимнастика для мышц тазового дна, возможно с использованием пессария.
- В плановом порядке после нормализации состояния слизистой влагалища решить вопрос об оперативном лечении - пластика передней и задней стенки влагалища и промежности, изменение анатомического расположения мочеиспускательного канала (например,TVT). При невозможности оперативного лечения возможно использование пессариев. При наличии переломов позвонков с выраженным болевым синдромом показана пункционная кифопластика.

4. Пациентка 25 лет, кондуктор, обратилась в женскую консультацию на 32 неделе беременности по поводу боли в правом коленном, левом голеностопном и 2,3 плюснефаланговых суставах правой стопы и их отчётности. Из анамнеза: Менархе в 12 лет, цикл установился сразу, по 5 дней через 28 дней. Настоящая беременность 3, первая закончилась абортom, вторая - выкидышем на 12 неделе. До наступления настоящей беременности не обследовалась и не лечилась. В консультации наблюдается с 8 недель беременности. Три недели назад имела контакт с новым половым партнёром, после чего в течение недели отмечала боли и рези при мочеиспускании. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа смуглая, на стопах - гиперкератоз. Подкожная клетчатка выражена слабо, равномерно. Пальпируется эластичный безболезненный перешеек

щитовидной железы. Пульс в покое = 74 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт. ст. Температура тела = 36,2°C. Масса тела = 49 кг, рост = 152 см. Правый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации, кожа над ними не изменена; 2 и 3 плюснефаланговые суставы справа - отёчны, болезненны и синюшны. Болезненна пальпация ахилловых сухожилий. Живот овоидной формы, увеличен соответственно 32 неделям беременности, положение плода продольное, Головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 уд/мин. Результаты лабораторно-инструментального обследования: ОАК: Эр. =  $4,2 \times 10^{12}$  /л., НЬ = 125 г/л. Лейкоциты =  $9,4 \times 10^9$  /л, СОЭ = 42 мм/час. Кардиолипидная реакция отрицательная. ОАМ: Уд. плотность = 1025; белок - следы. Лейкоциты сплошь в п/зр., эритроциты до 30 в п/зр. Мазок из уретры: методом иммунофлюоресценции выявлена *Chlamydia trachomatis*. УЗИ матки и плода: плод соответствует сроку гестации, плацента полностью перекрывает внутренний зев, определяется на передней и задней стенке матки. Тонус миометрия не повышен.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторнокурортного этапа

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

*1. Диагноз заболевания и его обоснование: Реактивный артрит, урогенитальная форма, активность 2 степени. Беременность 32 нед. Центральное предлежание плаценты. Обоснование нозологической формы: Критерии диагноза – асимметричный артрит суставов нижних конечностей развился после незащищённого полового контакта, за которым последовали явления уретрита, поражение Ахиллова сухожилия, кератодермия стоп. Доказана хламидийная этиология. Обоснование степени активности: полиартрит, СОЭ = 42 мм /ч, но нет признаков системных проявлений. Обоснование предлежания плаценты: данные УЗИ органов малого таза, высокое расположение предлежащей части.*

*2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики дополнительное обследование не требуется. Необходима консультация урологом и/или дерматовенерологом.*

*3. Показана госпитализация в отделение патологии беременных. Подготовка к плановой операции кесарева сечения, подготовка легких плода дексаметазоном 24 мг. При возникновении кровотечения из половых путей – экстренная операция кесарева сечения, при массивном кровотечении (более 1000 мл) – перевязка магистральных сосудов матки. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:*

- *диета № 15: достаточное количество животного белка, ограничение простых углеводов, поваренной соли.*
- *для лечения хламидийной инфекции при беременности разрешено применение спирамицина по 3 млн. ЕД x 2 раза в сутки или джозамицина – 500 мг x 3 раза в сутки, в течение 10-14 дней.*
- *при сильной боли и отёчности болезненных суставов – местное применение геля или крема с диклофенаком или кетопрофеном.*
- *при сохранении признаков экссудативного артрита возможна однократная аспирация экссудата и внутрисуставное введение бетаметазона в наиболее воспалённый сустав.*

5. Пациентка 23 лет, инженер-технолог, обратилась в женскую консультацию, на 20 неделе беременности по поводу упорных запоров, слабости, утомляемости, ощущения заторможенности, снижения аппетита и прибавки массы тела на 2 кг за 2 недели. В

течение суток беспокоят тянущие боли внизу живота и пояснице. Из анамнеза: Менархе в 12 лет, цикл установился сразу, по 5 дней через 28 дней. Настоящая беременность первая. Наблюдается в женской консультации с 6 недели беременности. Травм и операций не было. Объективно: Состояние средней тяжести. Лицо одутловато, кожа бледная, сухая, холодная на ощупь. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные. Голени пастозны. Пульс = 54 в 1 мин. АД 130/60 мм рт. ст. Температура тела = 35,8°C. Масса тела = 69 кг, рост = 162 см. Результаты лабораторно-инструментального 288 обследования: ОАК: Эр. =  $4,2 \times 10^{12}$  /л., НЬ = 115 г/л. Лейкоц. =  $6,4 \times 10^9$  /л, СОЭ = 12 мм/час. Кардиолипидовая реакция - отрицательная. ОАМ: Уд. плотность = 1025; белок - не выявлен. Лейкоциты = 2 - 3 в п/зр. ЭКГ: Ритм синусовый, 48 в 1 минуту. PQ = 0,18 с. Электрическая ось сердца - соответственно величине угла  $\alpha = 45^\circ$ . Биохимический анализ крови: общий холестерин – 7,2 ммоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л. Гормоны крови: ТТГ – 9,3 МЕ/л. УЗИ матки и плода: плод соответствует сроку гестации 19-20 недель, плацента определяется на передней стенке матки 1 степени зрелости. Регистрируются сегментарные сокращения миометрия. Длина влагалищной части шейки матки 23мм.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз заболевания и его обоснование: Беременность 20 недель. Угроза прерывания. Первичный гипотиреоз, декомпенсация. Обоснование нозологической формы: Клинические симптомы гипотиреоза – упорные запоры, слабость, утомляемость, заторможенность, снижение аппетита и прибавка массы тела, бледность, одутловатость лица, брадикардия. Лабораторные критерии – гиперхолестеринемия и ТТГ выше 4 МЕ/л. Обоснование угрозы прерывания беременности: типичные проявления – тянущие боли внизу живота и пояснице. Подтверждение – сегментарные сокращения миометрия и укорочение шейки матки до 23 мм, выявленные при УЗИ.*

2. *Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики дополнительных исследований не требуется – диагноз установлен. Показана консультация эндокринологом.*

3. *Госпитализации в отделение патологии беременности малых сроков. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:*

- *диета № 15 с обязательным включением в ежедневный рацион кисломолочных продуктов, морской рыбы (не реже 3 раз в неделю), ограничение простых углеводов, алкоголя, поваренной соли;*
- *постельный режим;*
- *левотироксин 50 мкг в сутки, постепенно увеличивая дозу до 100 мкг в сутки;*
- *прогестерон 200 мг 2 раза в сутки до 28 недель интравaginaльно. Внутривенно капельно фенотерол 5 мг или гексопреналин 2,0 мл внутривенно капельно (в 500 мл физиологического раствора) до купирования клиники угрозы прерывания №2-3.*

#### Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

##### Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Конъюгированный билирубин повышается вследствие  
1) увеличения образования билирубина

- 2) снижения захвата билирубина печенью
- 3) дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
- 4) нарушения экскреции билирубина печенью (+)
- 5) гемолиза эритроцитов

2. Билирубин в моче характерен для

- 1) подпеченочной желтухе (+)
- 2) гемолитической желтухе
- 3) физиологической норме

3. При гемолитической желтухе в лабораторных анализах регистрируется

- 1) увеличение в крови неконъюгированного билирубина (+)
- 2) повышенная активность сывороточных трансаминаз
- 3) повышенная активность щелочной фосфатазы
- 4) билирубинурия
- 5) отсутствие уробилина в моче

4. Лечение синдрома Жильбера включает

- 1) голод
- 2) холеретики
- 3) фенobarбитал (+)
- 4) ферменты
- 5) гепатопротекторы

5. Подпеченочная желтуха развивается при

- 1) синдроме Дабиана-Джонсона
- 2) внутрипеченочном холестазе беременных
- 3) раке головки поджелудочной железы (+)
- 4) первичном билиарном циррозе
- 5) синдроме Жильбера

6. Клиническим проявлением печеночно-клеточной недостаточности является

- 1) геморрагический синдром (+)
- 2) варикозно расширенные вены пищевода
- 3) спленомегалия
- 4) тромбоз портальной вены
- 5) ахолия кала

7. Для диагностики портальной гипертензии имеет значение

- 1) желтуха
- 2) ксантелазмы
- 3) варикозное расширение вен пищевода и желудка (+)
- 4) миокардит
- 5) геникомастия

8. Для аутоиммунного гепатита характерно

- 1) выявление высокого титра аутоантител антиядерных, печеночно-почечных, микросомальных, к гладкой мускулатуре (+)
- 2) выявление кольца Кайзера-Флейшера
- 3) превалирование синдрома холестаза
- 4) неэффективность преднизолона

9. В сыворотке крови при хроническом гепатите «В» обязательно выявляется

- 1) hbsag (+)

- 2) нвсог аг
- 3) анти нве антитела
- 4) нвеаг
- 5) пцр нвv днк

10. По данным морфологии о наличии цирроза печени достоверно свидетельствует

- 1) формирование порто-портальных фиброзных септ
- 2) формирование порто-центральных фиброзных септ
- 3) жировая дистрофия гепатоцитов
- 4) некроз гепатоцитов
- 5) ложно-дольковая трансформация паренхимы (+)

11. В прогнозе цирроза печени имеет значение уровень

- 1)  $\gamma$ -глутамилтрансферазы
- 2) прямого билирубина (+)
- 3) трансаминаз
- 4) тимоловой пробы

12. Показанием для назначения глюкокортикоидов при заболеваниях печени является

- 1) хронический гепатит вирусной этиологии
- 2) аутоиммунный гепатит (+)
- 3) вторичный билиарный цирроз печени
- 4) первичный билиарный цирроз печени
- 5) болезнь вильсона – оновалова

13. Противопоказанием к терапии интерфероном является

- 1) аутоиммунные заболевания (+)
- 2) повышенный уровень лейкоцитов
- 3) высокий уровень вирусемии в сыворотке крови
- 4) компенсированный сахарный диабет
- 5) компенсированный цирроз печени

14. Для лечения печеночной энцефалопатии следует назначить

- 1) высокое содержание белка в пищевом рационе
- 2) эссенциальные фосфолипиды
- 3) салуретики
- 4) l-орнитина l-аспартат (+)
- 5) адсорбенты

15. При остром алкогольном гепатите тяжелого течения показано назначение

- 1)  $\alpha$ -интерферона
- 2) азатиоприна
- 3) адеметионина
- 4) преднизолона (+)
- 5) урсодезоксихолевой кислоты

16. В диагностике дисфункции сфинктера одди используется

- 1) обзорный снимок брюшной полости
- 2) компьютерная томография
- 3) гепатобилисцинтиграфия с  $^{99m}Tc$  (+)

17. Ведущее значение в развитии обострения хронического холецистита отводится

- 1) протею (+)
- 2) эшерихии

- 3) стафилококку
- 4) стрептококку
- 5) энтерококку

18. Развитию желчекаменной болезни способствует

- 1) гиперкинетическая дискинезия желчевыводящих путей (+)
- 2) гемолитическая анемия
- 3) тяжелая физическая нагрузка

19. Улучшает сократительную способность желчного пузыря

- 1) урсодезоксихолевая кислота (+)
- 2) ингибиторы протонной помпы
- 3) дротаверин
- 4) нпвп

20. К желчегонным препаратам, содержащим желчные кислоты, относятся

- 1) сорбит
- 2) холензим
- 3) гепабене
- 4) олиметин (+)

### (ОПК-5)

<b>12 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-5.3 Интерпретирует результаты клинико-лабораторной оценки состояния организма при решении профессиональных задач

### **Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

#### **Задачи с эталонами ответа**

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

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Основное заболевание: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит. Фоновое заболевание: ожирение I ст.
2. Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приема пищи и при наклоне вперед. Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных несливающихся эрозий дистального отдела пищевода). Диагноз «ожирение» установлен на основании данных осмотра (наличие ИМТ - более 30 кг/м<sup>2</sup>), I стадия ожирения установлена в связи со значением ИМТ - 31 кг/м<sup>2</sup>.
3. Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия *helicobacter pilori*; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).
4. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (любой - Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода (Итоприда гидрохлорид).
5. Соблюдение диеты (исключить большие объемы пищи, ее прием быстрыми темпами, прием пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать прием продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка). Отказ от курения. Снижение массы тела. Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды. Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна. Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса).

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

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

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

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

стула. В дальнейшем стул без особенностей.

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

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

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

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

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

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

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение диагностики инфекции *H.pylori* неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену *H.pylori* в сыворотке крови, выявление антигена *H.pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H.pylori* в кале методом ПЦР). Использование серологического метода возможно, т. к., известно, что эрадикационная терапия инфекции *H.pylori*

пациенту не проводилась. Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД, суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рН, с целью уточнения характера рефлюктата в связи с наличием у пациента дуоденогастрального рефлюкса.

4. Лечение возможно проводить в амбулаторных условиях с обязательным соблюдением пациентом особых рекомендаций по образу жизни (соблюдение режима питания и диеты, показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п, отказ от курения, следует избегать состояний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления и т. д.). Эталоном лечения ГЭРБ является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку пищевода и желудка: препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Для лечения эрозивного эзофагита при наличии 2 и большей стадии эзофагита назначаются ИПП в стандартных дозах в течение не менее 8 недель. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. В случае выявления инфекции *H.pylori* пациенту показана эрадикация инфекции. С целью коррекции нарушений двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта пациенту показаны прокинетики. Ситуационно и в виде курсового лечения целесообразно использовать антациды и альгинаты. В терапии эрозивного процесса в желудке пациенту показаны цитопротекторы (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель.

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

3. Пациентка 51 год, телеведущая, обратилась в женскую консультацию по поводу интенсивных приливов жара до 30 раз в течение суток, ночную потливость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость. Из анамнеза: Менархе в 13 лет, цикл установился сразу. Менструации были умеренные по 4 дня через 28 дней. Последняя менструация 15 месяцев назад. В течение последнего года появились приливы жара, стала отмечать периодические повышения АД до 160/90 мм рт. ст., связанные со стрессами, прибавку массы тела на 10 кг. Родов 2, аборт 1. Травм и операций не было. Контрацепция в течении жизни – КОК. В семейном анамнезе у матери – гипертоническая болезнь, гипотиреоз. Объективно: Состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, кожа влажная, выражен белый дермографизм. Щитовидная железа не пальпируется. Отёков нет. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Пульс = 94 в 1 мин в покое. АД 150/90 мм рт. ст. Температура тела = 36,8°C. Окружность талии 78 см. Масса тела 70 кг, рост 162 см. Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не

определяются, своды влагалища глубокие. Результаты лабораторно-инструментального обследования: ОАК: Эр. =  $4,3 \times 10^{12}$  / л., НЬ = 125 г / л. Лейкоциты =  $6,2 \times 10^9$  / л, СОЭ = 4 мм/час. ОАМ: удельная плотность = 1022, белок – не обнаружен. Лейкоциты и плоский эпителий — ед. в п/зр., эритроциты – 1-2 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л. Гормоны крови: ФСГ = 96 МЕ/мл, ТТГ = 1,3 МЕ/л. ЭКГ: Ритм синусовый, 88 в 1 минуту. R I > R II > R III , R V5 > R V4 , R V5 + S V1 = 35мм. PQ = 0,13 сек. УЗИ органов малого таза: тело матки размерами 56мм\*38мм\*34мм, М-эхо = 4 мм. Яичники объемом 2,0 и 3,0 см<sup>3</sup> , фолликулы отсутствуют.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и / или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз заболевания и его обоснование: Постменопауза (стадия+1b STRAW+10). Климактерический синдром, тяжёлое течение. Артериальная гипертензия, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Атерогенная дислипотеинемия. Избыток массы тела (ИМТ - 26,7). Обоснование возрастного периода: постменопауза — стадия инволютивных изменений женской репродуктивной системе, после наступления менопаузы, которую определяют ретроспективно в течении 12 месяцев после последней менструации (дополнительные критерии — повышенный уровень ФСГ). Обоснование климактерического синдрома и его тяжести: климактерический синдром — появление характерных жалоб (приливы «жара», потливость, утомляемость и пр.), тяжесть течения синдрома в данном случае определяется по количеству приливов в течение суток (30 приливов). Обоснование нозологической формы: У женщины типичные нейровегетативные проявления климактерического синдрома: приливы жара, ночная потливость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость, возникшие на фоне нарушения менструального цикла. Диагноз подтверждается высоким уровнем ФСГ. Отмечаются метаболические проявления климактерического синдрома – повышение массы тела, гиперхолестеринемия. Обоснование АГ 2 стадии: периодически повышение АД до 160/90 мм рт ст. признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ. Обоснование крайне высокого сосудистого риска: АГ 2 степени + гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислипотеинемия + отягощенный семейный анамнез.*

2. *Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики не требуется дополнительного обследования. Для дополнительной объективизации степени риска тромбоэмболических осложнений: оценка гемостазиограммы и маркеров антифосфолипидного синдрома (антитела к фосфолипидам, волчаночный антикоагулянт). Для уточнения поражения органов-мишеней АГ: определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, сосудов головы и шеи, почечных артерий. Для уточнения характера повышений АД: суточное мониторирование АД. Для уточнения типа дислипидемии: оценка уровня ЛПВП и триглицеридов сыворотки крови. Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ: задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках — бытовых, спортивных) и провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного аппарата сердца. Показаны консультации кардиолога и психотерапевта.*

3. *Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:*

- *диета №10: максимальное ограничение жиров и простых углеводов, алкоголя, ограничение поваренной соли и жидкости;*
- *постепенное увеличение циклических аэробных физических нагрузок;*

- учитывая 2 стадию АГ, антигипертензивную терапию следует начинать с комбинации двух или трёх препаратов;
- показано сочетание ингибитора АПФ (эналаприл 10мг 2 раза в сутки, периндоприл 5-10мг в сутки, лизиноприл 20 мг в сутки) или блокатора рецепторов к ангиотензину II (лозартан 50-100 мг, ирберсартан 300 мг, кандесартан 8-16 мг, валсартан 80-160мг в сутки) с агонистом имидазолиновых рецепторов в ЦНС моксонидином (0,4мг) или комбинации ингибитора АПФ и малых доз диуретика (гипотиазид 12,5-25мг, индапамид 1,5-2,5мг);
- нежелательность назначения антагонистов кальция (амлодипин, фелодипин, нифедипин) определяется возможностью усиления приливов жара;
- учитывая высокий риск сосудистых событий, обязательно назначение гиполипидемической терапии (аторвастатин 20 мг, розувастатин 10 мг, питавастатин 2 мг в сутки);
- для коррекции климактерического синдрома у женщины в постменопаузе показано назначение менопаузальной гормональной терапии по непрерывной схеме (трансдермальные эстрогены в комбинации с микронизированным прогестероном или дидрогестероном).

4. Женщина 25 лет, продавец, беременность 18 нед., вызвала участкового врача на дом. Жалобы на кашель с болью в грудной клетке справа и небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, также общую слабость, сердцебиение, головную боль и повышение температуры тела до 37,7°C. Из анамнеза: Заболела 10 дней назад, когда после переохлаждения появились субфебрильная температура, насморк, першение в горле, слабость, головная боль. Лечилась домашними средствами (полоскала горло шалфеем, закапывала в нос сосудосуживающие капли), за медицинской помощью не обращалась. На 2-3-й день появился сухой кашель. Использовала горчичники на область грудной клетки, отхаркивающую микстуру. Вчера отметила подъем температуры до 38°C, появление слизисто-гнойной мокроты, присоединились небольшие боли в грудной клетке справа при глубоком вдохе и кашле. Данная беременность третья, две предыдущие закончились медицинскими абортами с геобрасио сави утери. Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела = 37,7°C. Зев - умеренная гиперемия задней стенки глотки. Кожа на ощупь горячая, сухая. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, небольшое притупление под правой лопаткой. Дыхание везикулярное, под правой лопаткой дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, которые исчезают после кашля. ЧД = 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС = 100 уд/мин. АД = 105/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот увеличен за счет беременной матки. Дно её на уровне пупка. Матка при пальпации мягкая, в нормотонусе. Шевеление плода ощущает. Результаты лабораторно-инструментального обследования: ОАК: Эритроц. = 3,85 x 10<sup>12</sup> /л, НЬ = 115 г/л, Цв. пок. = 0,8. Тромб. = 312 x 10<sup>9</sup> /л, Лейкоциты = 12,8 x 10<sup>9</sup> /л: пал. = 6%, сегмент. = 73%, эозин. = 1%, лимф. = 18%, моноциты = 2%. СОЭ = 22 мм/ час. ЭКГ: Ритм синусовый, 100 в 1 мин. ОАМ: цвет – соломенно-желтый, прозрачная, уд. вес. = 1011, реакция кислая; белок = 0,033 г/л, глюкоза – отриц.; эпителий плоский = 1-2 в п/ зр., лейкоциты = 1-2 в п/зр. Анализ мокроты: слизисто-гнойная, БК-отриц., кокковые формы бактерий (+++). УЗИ матки и плода: плод соответствует сроку гестации, плацента полностью перекрывает внутренний зев, определяется на передней и задней стенке матки. Тонус миометрия не повышен.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

## ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Внебольничная пневмония в нижней доле справа, средней степени тяжести. ДН 1 ст. Беременность 17 нед. Центральное предлежание плаценты. Обоснование диагноза основного заболевания: Начало заболевания после переохлаждения и перенесенной аденовирусной инфекции (катаральные явления, симптомы интоксикации, субфебрильная лихорадка) явилось предрасполагающим фактором для присоединения бактериальной инфекции и развития внебольничной пневмонии. Критерии диагноза пневмонии: клинические признаки: на фоне сохраняющегося симптома интоксикации отмечается повторный подъем температуры до фебрильных цифр, кашель со слизисто-гнойной мокротой, боль в грудной клетке справа при кашле, физикальные признаки: притупление перкуторного звука под правой лопаткой, где на фоне жесткого дыхания выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, исчезающие после кашля, признаки дыхательной недостаточности: одышка (ЧД = 28 в 1 мин), тахикардия (ЧСС = 100 уд/мин) и гипотония (АД = 105/70 мм рт.ст.), лейкоцитоз с умеренным с палочкоядерным сдвигом (Лейкоциты =  $12,8 \times 10^9$  /л: пал. = 6%, сегмент. = 73%), ускорение СОЭ до 22 мм/ч. В пользу предлежания плаценты свидетельствуют данные УЗИ матки: полное перекрытие внутреннего зева. При неэффективности стартовой антибактериальной терапии (отсутствие эффекта в течение 3 дней) - консультация пульмонологом.

2. Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования: Рентгенография грудной клетки в двух проекциях: для подтверждения наличия очаговой инфильтрации легочной ткани, уточнения локализации и распространенности процесса. Биохимический анализ крови – мочевины, креатинина, электролиты, аминотрансферазы для функциональной оценки состояния печени и почек, т.к. предстоит терапия антибактериальными препаратами

3. Госпитализация больной в отделение интенсивной терапии (в терапевтическое отделение). Неотложные лечебные мероприятия должны включать:

- ранняя антибиотикотерапия (в первые 8 часов от постановки диагноза пневмонии). При неосложненной пневмонии предпочтение отдается оральным формам препаратов;
- при беременности препаратами выбора являются: амоксициллин внутрь по 500 мг 3 раза в день, или макролиды (азитромицин внутрь 0,5 г однократно в 1-й день и 0,25 г однократно во 2-5-й дни, джозамицин 500 мг 3 раза в сутки или спирамицин 3 млн 3 раза в сутки);
- следует уточнить аллергоanamnez и помнить о перекрестной аллергии к  $\beta$ -лактамам. Курс лечения составляет 5-7 дней.
- первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через 48-72 ч от начала лечения.
- критерии достаточности антибактериальной терапии: температура  $<37,5$  °С, отсутствие интоксикации, отсутствие дыхательной недостаточности (ЧСС менее 20 в 1 мин), отсутствие гнойной мокроты, снижение числа лейкоцитов (менее  $10 \times 10^9$  /л: нейтрофилов  $<80\%$ ), отсутствие отрицательной рентгенологической динамики. Рентгенологический контроль осуществляется через 3 недели. Параллельно с лечением пневмонии проводится курс профилактики невынашивания беременности (инфузии сернокислой магнезии, спазмолитики).

5. Женщина 30 лет, бухгалтер, беременность 35 нед., доставлена в родильный дом машиной «Скорой медицинской помощи» из дома. Жалуется на приступы удушья с затруднением выдоха, чувство стеснения в груди, надсадный кашель с трудно отделяемой слизистой мокротой в небольшом количестве. Из анамнеза: Страдает бронхиальной астмой в течение 5 лет. Последний год приступы удушья отмечала 2 – 3 раза в неделю,

ночные эпизоды удушья - 2 раза в месяц. Находилась на постоянной терапии (будесонид 80 мкг/сут, фенотерол – по потребности). Прошлую ночь практически не спала из-за удушья, использовала фенотерол 12 раз без эффекта. Вызвала бригаду СМП. Данная беременность первая. Объективно: Состояние тяжелое. Занимает вынужденное сидячее положение. Лицо цианотичное, с выражением страха. В акте дыхания принимают участие мышцы грудной клетки, шеи, плечевого пояса. При разговоре говорит отдельными фразами. Дыхание шумное, свистящее, хриплое, слышимое на расстоянии. Грудная клетка расширена, почти не смещается при дыхании. Вдох в 3 раза длиннее выдоха. ЧД = 32 в 1 мин. Перкуторный звук коробочный, сердечная тупость не определяется. Дыхание ослабленное, диффузные высокотональные хрипы на выдохе. Тоны сердца глухие, 120 уд/мин. АД = 100/60 мм рт.ст. Живот увеличен за счет беременной матки. ВДМ - 30 см. Матка при пальпации в нормотонусе, сердцебиение плода, приглушено, до 170 уд в 1 мин. Двигательная активность плода повышена. Результаты лабораторно-инструментального обследования ОАК: Эритроц. =  $4,85 \times 10^{12}$  /л, НЬ = 135 г/л, Цв. пок. = 0,8. Лейкоциты =  $9,8 \times 10^9$  /л: пал.= 1%, сегмент.= 64%, эозин.= 12 %, лимф.= 18%, моноциты = 5%. СОЭ = 15 мм/час. ЭКГ: ритм синусовый, 100 в 1 мин.,  $R_I > R_{II} > R_{III}$ . Угол  $\alpha > 90^\circ$ .  $P_{II}, III, AVF$  - высокий,  $S_I > R_I$ ,  $R_{V5} = S_{V5}$ ; инверсия зубца ТIII, V1-2 . Анализ мокроты: слизистая, БК-отриц.; спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в поле зрения. Газовый состав крови:  $pO_2 = 60$  мм.рт.ст.,  $pCO_2 = 60$  мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

*1. Диагноз заболевания и его обоснование: Бронхиальная астма, не контролируемая 2 ступенью терапии. Беременность 35 нед. Хроническая плацентарная недостаточность. Хроническая гипоксия плода. Задержка развития плода. Обоснование диагноза основного заболевания: Данные анамнеза: страдает бронхиальной астмой 5 лет, последний год - неконтролируемая БА (более 2 дневных приступов удушья в неделю, ночные симптомы, постоянная потребность в беротеке) на фоне базисной терапии ингалятором. В настоящий момент клиника обострения средней степени тяжести в результате передозировки фенотерола (использовала его 12 раз за сутки). Клинические критерии: затянувшийся приступ удушья, кашель с отделением скудного вязкого секрета, участие в дыхании вспомогательных мышц, речь отдельными фразами из-за одышки. Физикальные данные: положение ортопноэ, цианоз кожи лица, громкое дыхание, «дистанционные» хрипы, ограничение экскурсии грудной клетки, экспираторная одышка, тахипное ЧД = 32 в 1 мин., отсутствие сердечной тупости, ослабленное дыхание, диффузные высокотональные хрипы на выдохе. Тоны сердца глухие, тахикардия (120 уд/мин) и гипотония (АД = 100/60 мм рт.ст.). Лабораторноинструментальные признаки обострения бронхиальной астмы: эозинофилия крови (12%), обнаружение в мокроте: спиралей Куршмана, кристаллов Шарко-Лейдена, признаки гиперкапнии:  $pO_2 = 60$  мм рт.ст.,  $pCO_2 = 60$  мм рт.ст. ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца, диффузных изменений миокарда (инверсия зубца ТIII, V1-2 .) Фетоплацентарная недостаточность подтверждается задержкой развития плода, что подтверждается разницей в календарном сроке беременности - 35 недель и ВДМ - 30 см. О хронической гипоксии плода свидетельствует повышенная двигательная его активность, тахикардия до 170 уд/мин.*

*2. Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования: Рентгенография грудной*

клетки в двух проекциях: при бронхиальной астме имеются признаки эмфиземы, «зияние» средостения. Пикфлоуметрия: после приема  $\beta$ -агониста короткого действия – отражает ограничение скорости прохождения воздуха при максимальном выдохе за счет бронхообструкции и степень обратимости последней (у данной больной может составлять 60-80 % от должных значений). Насыщение крови кислородом ( $SpO_2$ ) – отражает степень гипоксии, (у данной больной может составлять 91-95%). УЗИ морфометрия, плацентометрия и доплерометрия маточноплацентарных фетоплацентарных кровотоков – для оценки степени ФПН, состояния внутриутробного плода и степени нарушения кровотоков.

3. Неотложная госпитализация в отделение реанимации или интенсивной терапии (после РАО или ПИТ в пульмонологическое отделение). Неотложные лечебные мероприятия должны включать:

- при наличии у беременной пациентки с БА гипоксемии – немедленное назначение кислородотерапии увлажненным кислородом для поддержания уровня сатурации не ниже 94-95%;
- небулайзерная терапия: ингаляции 1-2 г фенотерола (20-40 капель) или 5-10 мг сальбутамола, или 2-4 мл раствора беродуала на физиологическом растворе в течение 1-го часа;
- ингаляции повторять через 6 ч до 4 раз в сутки через небулайзер с кислородом: 0,5-1 г фенотерола (10-20 капель) или 2,5-5 мг сальбутамола, или 1,5-1 мл раствора беродуала на физиологическом растворе;
- ГКС – преднизолон 6 мг/кг/сут парентерально или внутрь 0,75-1 мг/кг/сутки;
- раствор будесонида 2-10 мг с кислородом через небулайзер 2 раза в сутки;
- при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 6 часов – назначение магния сульфата 2 г внутривенно в течение 20 мин однократно, болюсно, или 8 мл 25% раствора магния сульфата в ампулах разбавляют инъекционным раствором 0,9% натрия хлорида;
- назначение аминофиллина при лечении тяжелых обострений БА у взрослых пациентов не рекомендуется;
- после купирования астматического статуса – перевод в отделение патологии беременных и решение вопроса о сроке и методе родоразрешения.

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Легочное сердце может возникнуть при

- 1) гипертонической болезни
- 2) хобл (+)
- 3) гипертиреозе
- 4) миокардите

2. Основным фактором, провоцирующим боли при стенокардии напряжения является

- 1) повышение артериального давления (+)
- 2) положение лежа на левом боку
- 3) резкие наклоны и повороты туловища

3. На экг продолжительность интервала  $r_q$  равно 0,2 с при

- 1) блокаде ножек пучка гиса
- 2) полной ав-блокаде
- 3) ав-блокаде I степени (+)

4. Длительное обездвиживание больного с инфарктом миокарда приводит к

- 1) повышению АД
- 2) сердечной недостаточности
- 3) брадикардии
- 4) тромбоэмболическим осложнениям (+)

5. Самым частым осложнением острого инфаркта миокарда является

- 1) эмболия мозга
- 2) кардиогенный шок
- 3) синдром Дресслера
- 4) нарушение ритма (+)

6. Бета-блокаторы применяют при ИБС потому, что они

- 1) вызывают спазм периферических сосудов
- 2) расширяют коронарные сосуды
- 3) увеличивают сократительную способность миокарда
- 4) снижают потребность миокарда в кислороде (+)

7. Назначение сердечных гликозидов у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий, тахиформой

- 1) показано изредка
- 2) не показано
- 3) показано (+)

8. Основной атерогенный класс липопротеидов – это

- 1) липопротеиды очень низкой плотности
- 2) липопротеиды низкой плотности (+)
- 3) хиломикроны
- 4) липопротеиды высокой плотности

9. У пациента при возникновении острой боли за грудиной и в эпигастральной области обследование следует начинать с проведения

- 1) эзофагогастродуоденоскопии
- 2) регистрации ЭКГ (+)
- 3) рентгенологическое исследование желудка

10. Для купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда рекомендовано назначение

- 1) анальгетиков
- 2) морфина (+)
- 3) ингибиторов АПФ
- 4) верапамила
- 5) ацетилсалициловой кислоты

11. В стандарты исследований при инфаркте миокарда входят

- 1) определение количественного уровня сердечных тропонинов(+)
- 2) сцинтиграфия миокарда
- 3) коронароангиография

12. Проведение тромболитической терапии противопоказано при

- 1) опухоли головного мозга(+)
- 2) стенозе почечных артерий
- 3) наличии тромба в ушке левого предсердия

13. Разрыв межжелудочковой перегородки на УЗИ выявляется

- 1) дефектом межжелудочковой перегородки(+)
- 2) гипертрофией и дилатацией левого желудочка
- 3) наличием внутривенных тромбов

14. При кардиогенном шоке наблюдается

- 1) олигурия или анурия вследствие уменьшения перфузии почек(+)
- 2) полиурия
- 3) нормальное количество мочи

15. Препаратами первой линии при инфаркте миокарда, Осложненном отеком легких являются

- 1) диуретики(+)
- 2) сердечные гликозиды
- 3) бета-адреноблокаторы
- 4) антагонисты кальция
- 5) эуфиллин

17. При остром инфаркте миокарда повышение содержания

Сердечных тропонинов в сыворотке крови отмечается

- 1) в первые 4 - 8 часов от начала заболевания
- 2) на 2 сутки
- 3) через 5 суток от начала болевого синдрома

18. Терапию прямыми антикоагулянтами (гепарином) при Остром инфаркте миокарда необходимо контролировать по

- 1) времени свертывания крови
- 2) протромбиновому индексу
- 3) активированному времени рекальцификации
- 4) активированному частичному тромбопластиновому времени (+)
- 5) уровню фибриногена

19. К осложнениям инфаркта миокарда относят

- 1) острую аневризму левого желудочка
- 2) миокардит
- 3) бактериальную пневмонию

20. Наиболее частым осложнением инфаркта миокарда является

- 1) нарушение ритма сердца и проводимости(+)
- 2) возникновение синдрома слабости синусового узла
- 3) развитие активного внутреннего кровотечения

### (ОПК-7)

<b>12 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации - экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

## Задачи с эталонами ответа

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

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

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

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

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

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

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

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

5. *Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учете у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и*

*фибrogастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.*

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

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

Результаты дополнительного обследования:

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

2. Общий анализ мочи: уд. вес — 1024, лейкоциты — 1-2-3 в поле зрения, белка, сахара нет.

3. Сывороточное железо — 9 мкмольл.

4. Хеликобактер в мазках-отпечатках, полученных из биоптатов не обнаружен.

5. Реакция Грегерсена отрицательная.

6. Анализ желудочного сока (метод фракционного непрерывного зондирования): базальная секреция дебит соляной кислоты — 0,8 ммольл, стимулированная секреция — 1,2 ммольл.

7. рН — метрия: рН в корпусном отделе — 7,2; рН в антральном отделе — 7,7; после стимуляции гистамином реакции нет.

8. Рентгенологически определяется выраженная сглаженность складок слизистой, большая кривизна желудка на уровне гребешковой линии.

9. ФГДС — пищевод не изменен. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество жидкости и слизи. Складки слизистой не утолщены. Слизистая желудка розовая, пятнистая. Слизистая двенадцатиперстной кишки не изменена.

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. *Диагноз: Хронический гастрит, тип А, в стадии обострения, со сниженной кислотообразующей функцией, анемический синдром.*

2. *Обследование: анализ крови общий, анализ мочи общий, копрограмма, сывороточное железо, анализ желудочного сока, рН-метрия, рентген желудка, ФГДС, флюорография, биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием, с целью исключения хеликобактериоза исследования мазков — отпечатков, полученных из биоптатов, УЗИ органов брюшной полости*

3. *Дифференциальная диагностика: панкреатит, холецистит, дуоденит*

4. *Лечение:*

- *диета*
- *полиферментные препараты (фестал, энзистал, панзинорм и др.)*
- *витаминотерапия: В12 с фолиевой кислотой, С*
- *солкосерил в/м*
- *никотиновая кислота*

- *в/в капельно р-ры альбумина, аминокислот в сочетании с анаболическими стероидами*
- *устранение диспептических расстройств: реглан, эглонил*
- *препараты железа*
- *физиотерапия: аппликации озокерита, диатермия, электрофорез с лекарственными препаратами.*

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

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приема ношпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления черного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенес инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил прием крестора.

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

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

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

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

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

2. *Пациент, страдающий ИБС и получающий двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): Аспирин и Клопидогрел, имеет несколько факторов риска развития у него НПВП-ассоциированной гастропатии (пожилой возраст, ИБС, наличие в анамнезе ЯБ*

ДПК, проведение в течение 1,5 лет ДАТТ, отсутствие указаний на применение антисекреторных средств на фоне ДАТТ). НПВП – ассоциированная гастропатия представлена множественными гастродуоденальными эрозиями и/или язвами, характеризуется мало- или бессимптомным течением и высокой частотой манифестации с развития осложнений – кровотечений. У пациента имеются убедительные диагностические критерии указанного диагноза: синдром желудочной диспепсии, эпизод желудочно-кишечного кровотечения, наличие клинических признаков анемии (тахикардия, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение показателей МСН и МСНС в общем анализе крови).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; диагностика наличия инфекции *H.pylori* морфологическим методом, либо выявление антигена *H.pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H.pylori* в кале методом ПЦР. Использование серологического метода нецелесообразно, т. к. неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь.

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

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

4. Женщина 39 лет, учитель, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С. Из анамнеза: Больна в течение 3 дней. Принимала самостоятельно без существенного эффекта. Через 2 дня боль в горле усилилась, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание, температура 38,5 °С. Объективно: Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована. Слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты легко снимающимся налётом беловатого цвета. Налёт растирается между шпателями. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счёт смещения правой миндалины медиально. Язычок резко отечен и смещён несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Оксигенация 98%. В общем анализе крови: Лейкоциты =  $13,5 \times 10^9$  /л, эритроциты =  $3,9 \times 10^{12}$  /л, НЬ = 121 г/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%; СОЭ = 25 мм/час.

1. Каков наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте его. Как Вы можете оценить ситуацию в динамике?

2. Обоснуйте дополнительные диагностические исследования.

3. Какие антибактериальные препараты наиболее показаны больной? Обоснуйте выбор средств.

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. *Диагноз (наиболее вероятный): Лакунарная ангина (J03.9 Острый тонзиллит неуточненный), осложненная перитонзиллярным абсцессом (J36 Перитонзиллярный абсцесс). Диагноз лакунарной ангины установлен на основании:*

- *жалоб на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С;*
- *данных объективного осмотра: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налетом беловатого цвета, легко снимающимся, налет растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована;*
- *признаков системной воспалительной реакции: лейкоцитоз  $13,5 \times 10^9$  /л, ускоренная СОЭ до 25 мм/час. Диагноз осложнения – «Паратонзиллярный абсцесс справа» установлен на основании:*
- *жалоб на усиление боли в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание;*
- *данных объективного осмотра – затрудненное открывание рта. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счёт смещения правой миндалины медиально. Язычок резко отечен и смещён несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны;*
- *признаков системной воспалительной реакции – фебрильная лихорадка 38,5°С.*

2. *Дополнительные диагностические исследования:*

- *определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови*
- *определение антистрептолизина-О в сыворотке крови;*
- *бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae);*
- *стрептотест;*
- *бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на*

- *аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы;*
- *определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам;*
- *общий (клинический) анализ крови (развернутый);*
- *анализ мочи общий;*
- *регистрация электрокардиограммы.*

3. Антибактериальные препараты, наиболее показанные больной, и обоснование их выбора:

- *препараты первой линии: полусинтетические пенициллины в течение 10-15 дней (альтернатива - цефалоспорины, макролиды);*
- *выбор наиболее показанных антибактериальных препаратов будет определяться результатами бактериологического исследования слизи миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, а также их чувствительности к АБП.*

5. Пациентка 52 лет, не работающая, страдающая железодефицитной анемией (принимает по поводу этого заболевания «Сорбифер дурулес») и хроническим пиелонефритом, обратилась в поликлинику в связи с обострением последнего. Назначен Ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки. Оба препарата больная принимала одновременно. Через 5 дней от начала приёма Ципрофлоксацина сохраняется субфебрильная лихорадка, поллакиурия.

1. Каковы возможные причины неэффективности антибиотикотерапии и какие исследования необходимо выполнить?

2. При бактериологическом анализе мочи выделена *Escherichia coli*, чувствительная к Ципрофлоксацину. С чем связана неэффективность лекарственной терапии?

3. Каковы будут Ваши дальнейшие рекомендации по лечению? Какова длительность приёма препаратов железа?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Неэффективность антибиотикотерапии обусловлена одновременным приемом антибиотика с препаратом железа и низкой дозировкой антимикробного препарата.

Отсутствие эффекта от антибиотикотерапии может быть связано с рядом причин:

- *одновременный прием препарата железа с антимикробным препаратом снижает всасывание последнего и, соответственно, его эффективность;*
- *доза ципрофлоксацина для лечения ИМВП должна быть в 2 раза больше назначенной;*
- *отсутствие чувствительности микроорганизма, вызвавшего обострение хронического пиелонефрита, к данному антибиотику;*
- *микроорганизмы в процессе жизнедеятельности потребляют железо, поэтому при остром инфекционном процессе назначение препаратов железа нерационально, т.к. они способствуют усилению размножения микроорганизмов.*

2. Неэффективность антибиотикотерапии обусловлена одновременным приемом антибиотика с препаратом железа и низкой дозировкой антимикробного препарата.

3. Дальнейшие рекомендации по лечению:

- *заменить ципрофлоксацин другим антибиотиком, к которому также выявлена чувствительность *Escherichia coli*;*
- *отменить препарат железа на период приема антибактериального препарата. Лечение ЖДА (3 этапа):*
- *купирование анемии, насыщение организма железом – до нормализации уровня гемоглобина: регулярный и контролируемый приём полноценной дозы препаратов железа (120-200 мг) в течение 1,5-2 месяцев и более;*
- *терапия донасыщения, восполнение железом органов-депо – 1/2 терапевтической дозы препаратов железа (50-100 мг) в течение 3-6 месяцев и более по показаниям (под контролем ОЖСС, ЛЖСС, ферритина и уровня железа в сыворотке крови);*

- *поддерживающая терапия: при полименорее – прием терапевтической дозы препарата железа (50-100 мг) каждые 10 дней после окончания менструации.*

## **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Для астматического статуса (тяжелого обострения астмы) характерно
  - 1) резистентность к терапии бронходилататорами (+)
  - 2) обязательное наличие дистанционных хрипов
  - 3) наличие мелкопузырчатых влажных хрипов над нижним отделом легких
2. Для бронхиальной астмы типично
  - 1) преимущественно сухой кашель, мокрота скудная, вязкая, с трудом откашливается в конце приступа удушья(+)
  - 2) кашель на протяжении всего приступа удушья с отхождением большого количества слизисто-гнойной мокроты
  - 3) наличие пенистой мокроты розового цвета
  - 4) отхождение кровянистой мокроты
3. Степень тяжести бронхиальной астмы оценивается
  - 1) ретроспективно по объему терапии, который требуется для контроля симптомов и обострений (+)
  - 2) по уровню контроля
4. Бронхиальная астма средней степени тяжести устанавливается при наличии
  - 1) дневных симптомов реже 2 раз в неделю
  - 2) достижения хорошего контроля ба на фоне терапии, соответствующей 3 шагу (+)
  - 3) оФв1 и псв < 60% от должной или наилучшей
  - 4) вариабельности оФв1 и псв < 30%
  - 5) вариабельности оФв1 и псв 20-30%
5. Атровент (ипратропиум бромид) является
  - 1) неселективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
  - 2) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
  - 3) ингаляционным глюкокортикостероидом
  - 4) м-холинолитиком (+)
  - 5) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов длительного действия
6. Монтелукаст является
  - 1) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
  - 2) ингаляционным глюкокортикостероидом
  - 3) м-холинолитиком
  - 4) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов длительного действия
  - 5) блокатором лейкотриеновых рецепторов (+)
7. Сальбутамол является
  - 1) неселективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
  - 2) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия (+)
  - 3) ингаляционным глюкокортикостероидом
  - 4) м-холинолитиком
  - 5) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов длительного действия
8. Эффект стероидов, введенных парентерально при астматическом статусе (тяжелом

обострении БА), проявится

- 1) немедленно
- 2) не ранее, чем через 1-3 часа (+)

9. При легкой интермиттирующей астме назначение ИГКС

- 1) не требуется никогда
- 2) требуется при наличии факторов риска обострений (+)

10. К селективным  $\beta_2$ -агонистам относятся

- 1) беротек (фенотерол) (+)
- 2) астмопент (орципреналин)
- 3) атровент
- 4) тиотропиум бромид

11. Монотерапия низкими дозами ингаляционных глюкокортикоидов в качестве терапии выбора показана при бронхиальной астме

- 1) легкого персистирующего течения (+)
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелого течения

12. Основу долгосрочного (базисного) лечения персистирующей бронхиальной астмы составляют

- 1) ингаляционные симпатомиметики короткого действия
- 2) ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты длительного действия в монотерапии
- 3) ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) (+)
- 4) ингаляционные холинолитики длительного действия
- 5) блокаторы  $H_1$ -рецепторов гистамина

13. Положительный результат пробы с метахолином

- 1) является специфичным только для БА
- 2) свидетельствует о наличии бронхиальной гиперреактивности (+)

14. Индекс Тиффно – это

- 1)  $\frac{ОФВ_1}{\text{желх}} \times 100\%$  (+)
- 2)  $\frac{\text{мод}}{\text{желх}} \times 100\%$
- 3)  $\frac{\text{жел}}{\text{фжелх}} \times 100\%$

15. О бронхиальной астме следует думать при наличии у пациентов

- 1) приступообразной экспираторной одышки (+)
- 2) с одышкой при перемене положения тела
- 3) постоянной инспираторной одышкой

16. Наиболее эффективной комбинацией антибиотиков при эмпирической антибактериальной терапии тяжелой внебольничной пневмонии без факторов риска *P. aeruginosa* является

- 1)  $\beta$ -лактамы (цефтриаксон, цефотаксим, амоксициллин/клавулат, цефепим, эртапенем) в/в + азитромицин, кларитромицин (+)
- 2) пиперациллин/тазобактам или меронем + азитромицин или кларитромицин
- 3) меронем + азитромицин
- 4) респираторные фторхинолоны (моксифлоксацин, левофлоксацин) + аминогликозид II-III поколения

17. Стартовыми антибиотиками выбора при эмпирической терапии внебольничной пневмонии нетяжелого течения в амбулаторных условиях у лиц с сопутствующими

заболевания и/или принимающими последние 3 месяца антимикробные препараты  $\geq 2$  дней, являются

- 1) амоксициллин или макролиды внутрь
- 2) амоксициллин/клавулат или респираторные фторхинолоны (левофлоксацин) (+)
- 3) цефалоспорины iii поколения внутрь
- 4) ципролет

18. Основным возбудителем внебольничных пневмоний является

- 1) пневмококк (*streptococcus pneumoniae*) (+)
- 2) стафилококк (*staphylococcus aureus*)
- 3) гемофильная палочка (*haemophilus influenzae*)
- 4) синегнойная палочка (*pseudomonas aeruginosa*)
- 5) легионелла (*l.pneumoniae*)

19. Перкуссия грудной клетки позволяет диагностировать

- 1) бронхит
- 2) бронхоэктатическую болезнь
- 3) пневмоторакс (+)
- 4) бронхиальную астму

40. Ослабление голосового дрожания возникает при

- 1) пневмонии
- 2) гидротораксе (+)
- 3) опухоли легкого

### (ПК-2)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации - экзамен	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

### Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

#### Задачи с эталонами ответа

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

Объективно. Температура тела 37,1 С<sup>0</sup>, тургор кожи снижен, при пальпации живот вздут, прощупывается утолщенный, болезненный терминальный отрезок тонкой кишки. При лабораторном исследовании получены следующие данные: ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Копроцитограмма: стеаторея, эритроциты, слизь. При рентгеноскопии кишечника: ригидность тонкого кишечника, сужение просвета, отек и линейные язвы.

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

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

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

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

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

*4. Злокачественная опухоль в пораженном отделе кишечника*

*Вторичный амилоидоз с поражением почек, печени, селезенки*

*5. Лабораторные данные: В ОАК: признаки анемии, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. БАК: гипоальбуминемия, увеличение содержания α<sub>2</sub>- и γ-глобулинов, гипокальциемия, гипокалиемия, гипопротромбинемия, гипохлоремия. Копроцитограмма: стеаторея, эритроциты, слизь. Инструментальные исследования. Рентгеноскопия кишечника: ригидность пораженных петель кишечника, сужение просвета, мозаичная картина с мелкими дефектами наполнения за счет отека и линейных язв, «симптом струны» (резкое сужение просвета конечного отдела подвздошной кишки). Колоноскопия, ректороманоскопия исследование биоптатов тонкой кишки: гранулематозное воспаление всех слоев, некротизация, изъязвление. ФЭГДС – поражение желудка до 1,5%. Исследование биоптатов, полученных при эндоскопическом исследовании.*

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

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

то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

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

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

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

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

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

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

5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

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

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

4. У больного имеет место впервые выявленное серьезное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент

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

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

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

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

1. Ваш диагноз. Дайте определение заболеванию.

2. Дайте определение синдрому мальабсорбции. Какие его клинические проявления у данной больной?

3. Перечислите факторы, способствующие развитию данного заболевания

4. В чем особенность лечения данного заболевания.

5. Что такое стеаторея?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

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

3. Беременность, операционные вмешательства, инфекции.

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

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

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

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

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

### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Хронический энтерит в стадии обострения. Обоснование:*

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

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

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

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

*4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.*

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

*Прогноз в отношении здоровья благоприятный при отсутствии осложнений.*

*Профилактика: рациональное питание; устранение переедания и однообразного питания; своевременное лечение заболеваний органов пищеварения.*

5. Мужчине 52 лет, работающему мастером производственного обучения в колледже связи, участковым врачом диагностирована ИБС: стенокардия напряжения, стабильная, ФК II. Из анамнеза жизни: С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает комбинацию флутиказона и сальметерола ингаляционно. Приступы астмы купирует приемом сальбутамола. По поводу ИБС начал получать Метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приёма Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объёмной

скорости выдоха.

1. Какова наиболее вероятная причина учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха?
2. Какие альтернативные антиангинальные препараты, лишенные нежелательных эффектов, желательно назначить в данной ситуации?
3. При эхокардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Какие антиангинальные препараты не противопоказаны при латентной сердечной недостаточности?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

*1. Причиной учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха является прием метопролола (неселективного  $\beta$ -адреноблокатора).*

*2. Альтернативными антиангинальными препаратами в данной ситуации являются антагонисты медленных кальциевых каналов дигидропиридинового ряда или недигидропиридинового (фенилалкиламинового) ряда при отсутствии систолической СН с ФВ менее 45% или ивабрадин (при ЧСС более 70 в 1 мин.). Нежелательные эффекты Верапамила:*

*Частые:*

- брадикардия.
- появление нарушений ритма у пациентов с WPW- синдромом.
- декомпенсация сердечной недостаточности.
- запоры, желудочная диспепсия.
- аллергические реакции.
- АВ-блокада.

*Редкие:*

- артериальная гипотония,
- гиперемия лица,
- периферические отеки,
- головокружение, головная боль,
- повышенная нервная возбудимость, заторможенность, повышенная утомляемость,
- транзитное повышение активности печеночных трансаминаз в плазме крови.

*В качестве антиангинальной терапии данному пациенту можно рекомендовать ивабрадин (при ЧСС более 70 в мин.) и/или производные изосорбида мононитрата.*

*3. При латентной сердечной недостаточности не противопоказано применение «Бисопролола», но у данного пациента назначение  $\beta$ -адреноблокатора привело к учащению приступов бронхиальной астмы, следовательно, показано назначение антагонистов медленных кальциевых каналов.*

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. Тромбоцитопения может быть при
  - 1) железодефицитной анемии
  - 2) эритремии
  - 3) в12-дефицитной анемии (+)
  - 4) раке легкого
2. Для лечения двс-синдрома в первую очередь используют
  - 1) гепарин а
  - 2) свежемороженную плазму (+)
  - 3) плазмаферез

4) криопреципитат

3. Основным принципом лечения железодефицитной анемии является

- 1) длительное назначение препаратов железа внутрь (+)
- 2) назначение препаратов железа парентерально
- 3) гемотрансфузии
- 4) назначение диеты с обилием яблок, гранатов, орехов и мясных продуктов

4. Критерием диагностики гемофилии является

- 1) удлинение времени свертывания крови (+)
- 2) удлинение времени кровотечения по дюке
- 3) удлинение времени ретракции кровяного сгустка
- 4) снижение протромбинового времени
- 5) снижение уровня фибриногена

5. Количество пищевого железа, которое может максимально всасаться в желудочно-кишечном тракте

- 1) 1,0-1,5 мг
- 2) 2,0-2,5 мг (+)
- 3) 2,5-3,0 мг

6. Основной запас железа в организме человека находится в составе

- 1) миоглобина
- 2) гемоглобина
- 3) ферритина (+)
- 4) гемосидерина

7. Для всасывания витамина B<sub>12</sub> необходимо наличие

- 1) соляной кислоты
- 2) гастрина
- 3) гастромукопротеина (+)
- 4) пепсина
- 5) фолиевой кислоты

8. Для лечения больного с геморрагическим васкулитом

Необходимо назначить

- 1) хлористый кальций
- 2) антибиотики
- 3) метиндол
- 4) гепарин (+)
- 5) викасол

9. Нормоцитарная анемия возможна при

- 1) дефиците фолиевой кислоты
- 2) аутоиммунной гемолитической анемии (+)
- 3) железоахрестической анемии
- 4) хронической кровопотере

10. Профилактика развития дВС-синдрома заключается в

- 1) антибактериальной терапии
- 2) назначении минимальных доз гепарина и дезагрегантов в пред- и раннем послеоперационном периоде при операциях на паренхиматозных органах, краш-синдроме (+)
- 3) применении клопидогреля

4) введении эстрогенов, аминокaproновой кислоты

11. При подозрении на развитие двс-синдрома необходимо исследовать

- 1) длительность кровотечения
- 2) время свертывания крови
- 3) ортофенантролиновый тест (+)
- 4) ачтв

12. Для оценки функционального состояния тромбоцитов необходимо исследовать

- 1) ачтв
- 2) пти
- 3) длительность кровотечения (+)
- 4) мно

13. Панцитопения является признаком

- 1) железодефицитной анемии
- 2) гиперспленизма
- 3) железоахрестической анемии
- 4) мегалобластной анемии (+)

14. Железо лучше всасывается в форме

- 1) ферритина
- 2) гемосидерина (+)
- 3) гема
- 4) из растительных продуктов, богатых солями железа

15. Основным методом лечения острых лейкозов является

- 1) полихимиотерапия (+)
- 2) лучевая терапия
- 3) трансплантация костного мозга
- 4) плазмаферез

16. Классификация острых лейкозов основана на

- 1) клинической картине
- 2) анамнестических данных
- 3) показателях гемограммы
- 4) цитохимической и иммунофенотипической характеристике бластных клеток (+)

17. Всасывание железа осуществляется преимущественно в

- 1) желудке
- 2) верхних отделах тонкой кишки (+)
- 3) толстой кишке

18. Прямая проба кумбса применяется для диагностики

- 1) хронического миелолейкоза
- 2) аутоиммунной гемолитической анемии (+)
- 3) талассемии

19. При геморрагическом васкулите наблюдается

- 1) гематомный тип кровоточивости
- 2) петехиальный тип кровоточивости
- 3) васкулитно-пурпурный тип кровоточивости (+)
- 4) ангиоматозный тип кровоточивости

20. Эритроцитоз может наблюдаться при
- 1) ишемической болезни сердца
  - 2) инфекционном эндокардите
  - 3) хронических заболеваниях органов дыхания (+)

**(ПК-3)**

<b>12 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации – экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**  
**Задачи с эталонами ответа**

1. В клинику машиной скорой помощи доставлена больная 82 лет с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов. Страдает хроническим калькулезным холециститом на протяжении 20 лет. Периодически появлялась желтуха. Последний приступ начался 5 дней назад, последние 3 дня появилась желтушность кожи и склер. Из анамнеза жизни выявлено, что больная длительное время страдает гипертонической болезнью, 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда. При объективном исследовании установлено: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Пульс 72 уд. в мин.; мерцательная аритмия. Температура тела 37,8°C. АД 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательны.
1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
  2. Какие методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза и какие при этом характерные данные могут быть получены?
  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
  4. Назначьте консервативную терапию данной больной.
  5. Какая операция наиболее целесообразна этой больной?
  6. Укажите возможные осложнения ЭПТ и РПХГ.

**ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха, хронический холангит.
2. Общий анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ) Общий анализ мочи (моча цвета пива, микроскопия без существенных изменений). Биохимический анализ крови (повышение билирубина за счёт прямой фракции, ЩФ).  
УЗИ (расширены внепечёночные желчные протоки, конкременты в желчном пузыре и холедохе). ФГДС (при ущемлении камня в БСДК сосочек выбухает в просвет ДПК,

*слизистая его гиперемирована, из устья желчь не поступает) РПХГ (расширение внутри- и внепечёночных желчных протоков, дефекты заполнения в холедохе).*

*3. Гепатит, острый панкреатит, стриктура или опухоль БСДК, опухоль внепечёночных желчных протоков; рак головки поджелудочной железы*

*4. Аналгетики, спазмолитики, антибиотики, инфузионная терапия под контролем ЦВД, АД, диуреза, гипотензивная терапия.*

*5. Эндоскопическая папиллотомия, удаление конкремента из холедоха.*

*6. Острый панкреатит, кровотечение из папиллотомной раны, ретродуоденальная флегмона.*

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

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

1. Какой предварительный диагноз вы поставите?

2. Назовите возможные причины механической желтухи.

3. Какие при УЗИ данные могут указывать на холедохолитиаз?

4. Назовите рентгеноконтрастные методы исследования, которые применяются для уточнения причины желтухи, какие возможны осложнения этих методов.

5. Назовите интраоперационные способы устранения желтухи и как следует завершить операцию?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. У больной развился острый панкреатит, как результат осложнений РПХГ и ЭПТ
2. УЗИ. Для острого панкреатита характерно: увеличение размеров поджелудочной железы, смазанность контуров, снижение эхогенности из-за отека. Может наблюдаться скопление жидкости в сальниковой сумке, брюшинном пространстве.
3. Устранение этиологического фактора.  
Борьба с болевым синдромом (баралгин, анальгин).  
Спазмолитики (папаверин, платифиллин и др.).  
Создание функционального покоя железе (голод, сандостатин, аспирация желудочного содержимого и др).  
Устранение водно-электролитных нарушений (кристаллоиды, коллоиды).  
Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, гемабсорбция).  
Профилактика септических осложнений (антибиотики широкого спектра действия).  
Лапароскопическое дренирование брюшной полости, так как имеется ферментативный перитонит.
4. Обортирование процесса, выздоровление. При значительных масштабах панкреонекроза возможно развитие: парапанкреотического инфильтрата, парапанкреотического абсцесса, перитонита, септической флегмоны брюшинной клетчатки, дигестивных свищей.

4. У женщины 35 лет, киоскёра, находящейся на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни, повысилась температура до 39 °С, появился озноб. Объективно: резко положительный симптом «поколачивания». Диагностирован «Острый вторичный (на фоне мочекаменной болезни) пиелонефрит». В общем анализе мочи выявлены нитриты (+).

1. О чем свидетельствует наличие нитритов в моче? Препарат какой группы антибактериальных средств Вы бы назначили пациентке в качестве «стартового»? Обоснуйте свой выбор.
2. Через 2 дня эмпирической антибиотикотерапии клинический эффект незначительный. Какой антибиотик показан в данной ситуации? Материал для посева отправлен в бактериологическую лабораторию. Была высеяна кишечная палочка (продуцент Влактамаз расширенного спектра), чувствительная к имипенему и меропенему. На 4 день применения меропенема появилась крапивница, отёк Квинке, в связи с чем препарат отменён. Предложите замену меропенему.
3. Какой длительности должен быть курс антибиотикотерапии при осложнённом пиелонефрите?

#### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

1. Наличие нитритов в моче указывает на наличие инфекции мочевыводящих путей. Так как наиболее вероятным возбудителем ИМВП является *Escherichia coli* (70-90%), антибактериальным препаратом первого ряда («стартовым») может быть один из представителей ингибиторзащищенных пенициллинов, цефалоспорины 3-5 поколений или карбапенем. Выбор препарата должен определяться анамнестическими сведениями об их эффективности и переносимости. Подбор антимикробного препарата должен проводиться с учетом установленной чувствительности микроорганизма к антибиотикам.
2. Так как через 2 дня терапии меропенемом клинический эффект оказался незначительным, более того, лечение осложнилось отеком Квинке, представляется

целесообразной его замена офлоксацином, ингибиторзащищенным пенициллином (амоксциллин-клавулат) или цефалоспорином 3-5 поколений. Подбор антимикробного препарата должен проводиться с учетом чувствительности инфекта к антибиотикам.

3. Курс антибиотикотерапии при осложнённом пиелонефрите должен быть не менее 14 дней.

5. Женщина 45 лет, продавец промышленных товаров, находится на стационарном лечении в терапевтическом отделении с нижнедолевой правосторонней пневмонией. При внутривенном введении цефтриаксона у больной появилось головокружение, слабость, тошнота, чувство жара, нехватки воздуха. Из анамнеза: Страдает пищевой поливалентной аллергией, экземой. Объективно: состояние больной тяжелое, в сознании, возбуждена. Акроцианоз. Кожные покровы гиперемированы, на лице, груди и верхних конечностях папулезноуртикарная сыпь, диаметр папул от 0,5 до 1,5 см. Температура тела 37,8 °С. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижнебоковых отделах справа, сухие хрипы. ЧД = 28 30 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 70/50 мм.рт.ст. ЧСС = 120 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Результаты стационарного обследования: ОАК: эритроц. =  $3,8 \times 10^{12}$  /л., Hb = 116 г/л, Ht = 29 %. Лейкоц. =  $13,7 \times 10^9$  /л., баз. = 1%, эоз. = 5%, юные = 2%, палочкоядерные = 8%, сегм. = 54%, лимф. = 23%, моноц. = 7%. СОЭ = 28 мм/час. ОАМ: цвет - сол.-желтый, уд. вес = 1010, реакция слабо-кислая, белок - отриц, сахар - отриц., эпит. плос. = 12 в п/зр, эритроц. - отриц., лейкоц. = 2-3 в п/зр., соли не обнаружены. Биохимическое исследование крови: глюкоза = 5,3 ммоль/л, билирубин общий = 16 мкмоль/л, билирубин прямой = 3 мкмоль/л, АЛТ = 25 МЕ/л, АСТ = 18 МЕ/л, мочевины = 5,3 ммоль/л, креатинин = 65 мкмоль/л. Общий белок = 76 г/л. Пульсоксиметрия: SpO<sub>2</sub> = 89%.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

2. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторнокурортного этапа.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз и его обоснование: Лекарственный анафилактический шок. Обоснование диагноза: Внезапность развития, связанная с введением лекарственного препарата. Быстрое развитие уртикарной сыпи. Неблагополучный аллергоанамнез, изменения в ОАК - эозинофилия. Шоковое состояние обусловлено развитием сосудистого коллапса (головокружение, слабость, тошнота), вследствие вазодилатации, перераспределения и относительного уменьшения объема циркулирующей крови. Признаки дыхательной недостаточности обусловлены развитием циркуляторной гипоксии, а также обструкцией дыхательных путей вследствие аллергического отека, которая усугубляется наличием воспалительного отека и секрета (основное заболевание пневмония). Для дифференциальной диагностики, уточнения диагноза и риска необходимо выполнить следующие исследования: срочная консультация анестезиолога-реаниматолога и перевод в реанимационное отделение. В дальнейшем, после стабилизации состояния, целесообразно назначить консультацию аллерголога и иммунолога, исследование аллергологического статуса.*

2. *Неотложные мероприятия должны включать:*

- прекратить поступление аллергена;
- эпинефрин 0,1% 0,3-0,5мл в/м в переднебоковую поверхность верхней трети бедра, при необходимости – через одежду;
- ингаляция увлажненного 100% кислорода, оценка проходимости дыхательных путей;
- катетеризация периферической вены;

- струйное в/в вливание кристаллоидных растворов (физиологический раствор NaCl, раствор Рингера) в объеме до 2 л;
- рекомендуется пациенту с анафилаксией/АШ при отсутствии эффекта от в/м введения эпинефрина ввести его в/в в разведении до 1:10000 (1 мл раствора эпинефрина на 9 мл раствора натрия хлорида 0,9%) для купирования анафилаксии/АШ;
- системные глюкокортикостероиды (ГКС) в/в, в дозе не менее 90 - 120 мг преднизолона или 12 - 16 мг дексаметазона;
- госпитализация пациента в отделение реанимации, даже если произошла нормализация гемодинамических параметров. Тактика дальнейшего лечения должна включать:
- ингаляция β-миметиков короткого действия (сальбутамол) или комбинированных с холинолитиками препаратов (фенотерол/ипратропиум бромид) с помощью небулайзера;
- курс терапии ГКС (парентерально, затем per os и ингаляционно);
- антигистаминные препараты. Меры профилактики:
- проведение кожной скарификационной пробы перед введением антибиотика у пациентки с неблагоприятным аллергоанамнезом;
- каждому в/в введение препарата должна предшествовать биологическая проба;
- проведение аллергопроб в специализированном аллергоцентре в плановом порядке после выписки из стационара в периоде ремиссии.

## Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

### Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. Ревматоидный узелок – это

- 1) гранулема воспалительного происхождения (+)
- 2) уплотнение подкожной клетчатки
- 3) отложение кристаллов мочевой кислоты
- 4) отложение солей извести
- 5) разрастания костной ткани

2. При лечении острого приступа подагры применяют

- 1) антибиотики
- 2) обильное щелочное питье, нестероидные противовоспалительные препараты (+)
- 3) метотрексат
- 4) лефлуномид

3. Типичной локализацией подагрических тофусов является

- 1) ушные раковины и разгибательные поверхности локтей (+)
- 2) живот
- 3) сгибательные поверхности локтей

4. Узелок бушара представляет собой

- 1) отложение солей извести
- 2) остеофит (+)
- 3) гранулему воспалительного происхождения
- 4) отложение кристаллов мочевой кислоты
- 5) уплотнение подкожной клетчатки

5. Ревматизм понсе развивается при

- 1) туберкулезе (+)
- 2) иерсиниозе

3) сальмонеллезе

4) хламидиозе

6. Основные показания к назначению д-пенициллина (купренила) – это

1) болезнь бехчета

2) псориатический артрит

3) системная склеродермия (+)

4) ревматоидный артрит

5) идиопатический спондилит

7. Ложноположительная реакция вассермана может наблюдаться при

1) дерматомиозите

2) болезни бехчета

3) системной склеродермии

4) ревматоидном артрите

5) системной красной волчанке (+)

8. Симметричность синовита является одним из диагностических критериев

1) болезни рейтера

2) болезни форестье

3) ревматоидного артрита (+)

4) псориатического артрита

5) анкилозирующего спондилита (болезни бехтерева)

9. Типичной локализацией ревматоидных узелков является

1) затылочный бугор

2) ушные раковины

3) разгибательная поверхность локтевой кости

4) пальцы рук (+)

10. Характерным поражением глаз при анкилозирующем спондилите (болезни бехтерева) является

1) эписклерит

2) склерит

3) кератит

4) увеит (+)

11. Олигоартрит – это воспаление

1) 2-3 суставов (+)

2) 1 сустава

3) 3 и более суставов

12. Базисными препаратами первого ряда для лечения ревматоидного артрита являются

1) циклофосфамид

2) пенициллагин

3) азатиоприн

4) метотрексат, лефлуномид (+)

5) хлорамбуцил

13. Изменения зубца r при гипертрофии левого предсердия регистрируются в отведениях

1) i, avl, v5 -v6 (+)

2) ii, iii, avf, v1-v2

3) ii, iii, avf, v5-v6

14. Чаще всего электрическая ось сердца при гипертрофии правого желудочка

- 1) не отклонена
- 2) отклонена влево
- 3) отклонена вправо (+)

15. Гипертрофия левого желудочка характеризуется

- 1)  $r_{v6} > r_{v5} > r_{v4}$  (+)
- 2) депрессией сегмента st и отрицательным зубцом t v1-v2

16. Признаком синоатриальной блокады ii степени является

- 1) эпизодическое выпадение комплексов qrs
- 2) эпизодическое исчезновение зубцов p и связанных с ними комплексов qrs (+)

17. При ав-блокаде i степени на экг отмечается

- 1) выпадение комплексов qrs
- 2) удлинение интервала pr (+)
- 3) исчезновение зубцов p

18. Полная блокада правой ножки пучка гиса характеризуется

- 1) желудочковым комплексом типа rs v1-v2
- 2) желудочковым комплексом типа rsr' v1-v2 (+)
- 3) продолжительностью желудочкового комплекса менее 0,12 с.

19. При инфаркте миокарда нижней локализации изменения на экг регистрируются в отведениях

- 1) i, avl, v5 -v6
- 2) i, avl, v1-v2
- 3) ii, iii, avf (+)
- 4) ii, iii, avf, v1-v2

20. При инфаркте миокарда боковой стенки левого желудочка изменения на экг регистрируются в отведениях

- 1) v1-v4
- 2) i, avl, v5-v6 (+)
- 3) ii, iii, avf
- 4) ii, iii, avf, v5-v6

### (ПК-6)

12 семестр изучения в соответствии с УП	
форма промежуточной аттестации – экзамен	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ПК – 6 Способен вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
<b>Код и наименование индикатора достижения компетенции:</b>	ПК-6.1 Осуществляет ведение медицинской документации в соответствии с законодательством РФ в сфере охраны здоровья, нормативно-правовыми актами и документами, определяющими деятельность медицинских организаций и медицинских работников ПК-6.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов**

## Задачи с эталонами ответа

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

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

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

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

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

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

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

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

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий

белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бетаглобулины – 7,1 г/л;  $\gamma$ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий– 3,7 ммоль/л; Na– 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84

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

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

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

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### *ЭТАЛОН ОТВЕТА*

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

2. *Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии). Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов). Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.*

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

4. *Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В,*

фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адemetионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адemetионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

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

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

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

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

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

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

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

Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 см<sup>2</sup>. Свободная жидкость в брюшной полости.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале форте по 2 капсулы три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 74 в 1 мин; АД = 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность

при пальпации. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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

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

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

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

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

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

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

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

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

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

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

соответствует классу А по Child-Pugh.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. У пациента отмечено снижение уровня РНК ВГС.

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

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

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

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

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

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

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

Обследование: общий анализ крови - гемоглобин 116 г/л, лейкоциты -  $9 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 38 мм/ч. Креатинин - 90 мкмоль/л, мочевины - 4,0 мкмоль/л; общий анализ мочи - мутная, относительная плотность 1005, белок 0,33 г/л, лейкоциты до 50 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 20000, эритроциты - 600.

Анализ мочи по Зимницкому: разброс относительной плотности 1005 - 1010, дневной диурез - 820 мл, ночной диурез - 900 мл, суточный диурез - 1720 мл. При бак.посеве мочи получена культура E. coli, чувствительная к ампициллину.

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

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

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

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

2. Переохлаждение.

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

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

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

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

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

### **Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов**

#### **Тестовые задания**

**Правильные ответы на тестовые задания обозначены +**

1. При концентрации белка в суточной моче – 1,3 г/л, диурезе – 800 мл. Суточная протеинурия составляет

- 1) 1040 мг (+)
- 2) 420 мг

- 3) 1640 мг
- 4) 920 мг
- 5) 1600 мг

2. Ренальная острая почечная недостаточность развивается при

- 1) травматическом шоке
- 2) поражении сосудов почек
- 3) действии нефротоксических веществ (+)
- 4) обструкции мочевых путей

3. Если у больного выраженная лейкоцитурия, ему показано

- 1) исследование по амбурже
- 2) посев мочи (+)
- 3) исследование мочи по аддису-каковскому
- 4) исследование мочи по нечипоренко

4. Общий белок сыворотки крови составляет в норме

- 1) 65-85 г/л (+)
- 2) 90-100 г/л
- 3) 40-50 г/л
- 4) 50-60 г/л
- 5) 60-70 г/л

5. В пожилом возрасте происходит

- 1) понижение клубочковой фильтрации только у мужчин
- 2) сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне
- 3) понижение клубочковой фильтрации (+)
- 4) повышение клубочковой фильтрации

6. У больного с выраженной макрогематурии наиболее целесообразно в первую очередь проведение

- 1) ультразвукового исследования почек
- 2) цистоскопии (+)
- 3) внутривенной урографии

7. Среди изотопных методов исследования почек

Наибольшей информативностью обладает

- 1) радиоизотопная ренография
- 2) ценность методов равнозначна
- 3) динамическая сцинтиграфия (+)
- 4) статическая сцинтиграфия

8. Для лечения подагрической нефропатии используют

- 1) курантил
- 2) тиазидные мочегонные
- 3) аллопуринол (+)
- 4) бенамид

9. Хронический пиелонефрит чаще вызывается

- 1) протеем
- 2) микоплазмой
- 3) кишечной палочкой (+)
- 4) синегнойной палочкой
- 5) l-формами бактерий

10. При остром гломерулонефрите в период олигурии наблюдается

- 1) гиперстенурия (+)
- 2) гипостенурия при низкой протеинурии
- 3) изостенурия
- 4) гипостенурия при высокой протеинурии
- 5) гипостенурия

11. При хронической болезни почек iii стадии ранним побочным действием верошпирона и триампура является

- 1) гинекомастия (+)
- 2) резкое падение артериального давления
- 3) развитие гиперкалиемии

12. Патогенетическая терапия при остром гломерулонефрите

- 1) показана
- 2) показана в зависимости от выраженности протеинурии
- 3) не показана (+)
- 4) показана при повышении креатинина плазмы
- 5) показана в зависимости от дебюта заболевания

13. В клинической классификации гломерулонефрита понятию «смешанная форма» соответствует сочетание

- 1) гематурии и отеков
- 2) гипертонии и нефротического синдрома
- 3) гематурии и артериальной гипертонии (+)
- 4) нефротического синдрома и гематурии

14. Больного острым пиелонефритом следует госпитализировать

- 1) в урологическое отделение
- 2) только при наличии уросепсиса (+)
- 3) в терапевтическое отделение
- 4) в стационар любого профиля
- 5) в нефрологическое отделение

15. Из перечисленных препаратов наиболее нефротоксичными являются

- 1) тетрациклины (+)
- 2) аминогликозиды
- 3) цефалоспорины
- 4) полусинтетические пенициллины
- 5) нитрофураны

16. Абсолютным показанием к проведению гемодиализа при остром интерстициальном нефрите является

- 1) олигурия в течение 1 недели
- 2) анурия в течение 1 суток
- 3) повышение креатинина плазмы до 700 мкмоль/л
- 4) повышение калия плазмы до 7 мэкв/л (+)

17. Основой лечения больных с подагрической нефропатией является

- 1) снижение уровня мочевой кислоты (+)
- 2) профилактика инфекции
- 3) коррекция гипертонии

18. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря целесообразно проводить

- 1) после завтрака
- 2) после очистительной клизмы
- 3) натощак
- 4) при наполненном мочевом пузыре (+)
- 5) на фоне пустого мочевого пузыря

19. Аллопуринол при подагре назначается в дозе

- 1) 0.3-0.5 г/сутки на 1-1.5 года (+)
- 2) 1 г/сутки на 5-6 месяцев
- 3) 0.3-0.5 г/сутки на 1-2 месяца
- 4) 0.1 г/сутки на 1 год

20. Причиной прerenальной острой почечной недостаточности является

- 1) обструкция канальцев кристаллами
- 2) острая урогенная инфекция
- 3) влияние нефротоксических веществ
- 4) внезапное падение почечного кровотока (+)

### 3.2. Критерии и шкалы оценивания.

**Текущий контроль по дисциплине** Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

**Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):**  
Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи: 5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий; 4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий; 3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий; 2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

#### Промежуточная аттестация по дисциплине

**Форма промежуточной аттестации 11 семестр — Зачет.** На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено. Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

#### Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов

90-100	Зачтено	Высокий (продвину- тый)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100. При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины. Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твердое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89. На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины. Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65. На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов. При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине. Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы. Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут. Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

### Форма промежуточной аттестации 12 семестр - Экзамен.

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

Оценка *«отлично»* выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы. Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49