**Ситуационная задача №1**Больной 49 лет обратился в поликлинику к врачу общей практики  
Жалобы  
на припухание и боль в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении  
Анамнез заболевания  
Рос и развивался нормально  
Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия, грыжесечение по поводу паховой грыжи слева.  
Наследственность: не отягощена.  
Вредные привычки: курит, злоупотребление алкогольными напитками (пиво, вино) Сопутствующая патология: страдает 3  
года артериальной гипертензией, с максимальными подъемами АД до 180/110 мм рт.ст., постоянной терапии не имеет.  
Анамнез жизни Считает себя больным около 3-х лет, когда впервые появились интенсивные боли в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению боли и восстановлению функции сустава в течение 5 дней. В последующем эпизоды подобных болей возникали после праздничных застолий.  
Настоящее обострение началось 4 дня назад, имело меньшую интенсивность. Для купирования боли принимал Пенталгин 2 таблетки в сутки, отмечал незначительное снижение боли, припухлость сохранялась.  
Объективный статус  
Телосложение правильное, повышенного питания, рост - 174 см, вес - 99 кг, ИМТ – 32,7 кг/м². Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го плюснефалангового сустава левой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами.  
Симптом бокового сжатия левой стопы- положительный.  
Значительное ограничение движений 1-го пальца левой стопы. Внутренние органы без существенных видимых изменений.  
**Ответы:**  
1.- биохимический анализ крови  
-консультация хирурга для получения аспирата синовиальной жидкости для выявления кристалов моноурата натрия, анализ синовиальной жидкости на обнаружение кристаллов монурата  
натрия  
2. Рентгенография стоп , УЗИ пораженного сустава  
3. Острый подагрический артрит, артрит 1-го плюснефалангового сустава левой стопы  
4. Хроническая болезнь почек и сердечно- сосудистые заболевания  
5. Нимесулид 200 мг внутрь или колхицин: в 1-й день 1,5 мг (1,0 мг и через час еще 0,5 мг), затем по 1 мг/ сут внутрь  
6. Диклофенак 50-150 мг в сутки  
7. введение в I плюснефаланговый сустав триампсинолона ацетанида 10 мг  
8. аллопуринол – 50-100 мг С последующим увеличением по 50-100 мг каждые 2-4 нед  
9. Фебуксостат- 80 мг 1 раз в день внутрь  
10. Лозартан 50 мг 1-2 раза в день внутрь  
11. Скорость клубочковой фильтрации  
12. Концентрации мочевой кислоты

**Ситуационная задача №2**Больная 39 лет была направлена на госпитализацию в терапевтическое отделение поликлиникой с предварительным диагнозом железодефицитная анемия  
Жалобы  
на одышку, учащённое сердцебиение и головокружение, возникающие при небольших физических нагрузках  
Анамнез заболевания  
Курит с 25 лет по 5 сигарет в день, .  
ИЧК=3,5 пачка/лет В течение жизни работает инженером-проектировщиком, профессиональные вредности отрицает . Перенесенные заболевания и операции:  
 Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, обильные, по 7-9  
дней, через 30 дней, беременностей 2, родов 2  
Анамнез жизни  
Впервые во время первой беременности в возрасте 21 года была выявлена железодефицитная анемия (НВ = 90 г/л. Эритроциты 3.0 млн/мкл), самочувствие при этом оставалось хорошим, получала терапию препаратами железа, в дальнейшем анализы крови не сдавала.  
Во время второй беременности в возрасте 27 лет вновь было зафиксировано снижение Нв до 80-86 г/л, получала терапию препаратами двухвалентного железа, уровень Нв возрос до 100 г/л.  
После родов контроль показателей крови не проводился. Ухудшение состояния около 2-х месяцев тому назад, когда на фоне полного здоровья стала отмечать одышку и сердцебиение при физической нагрузке. На протяжении последних 3 х недель присоединились жалобы на головокружение, в связи с чем обратилась в поликлинику по месту жительства, где при проведении клинического анализа крови Нв =52 г/л  
Объективный статус  
Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Вес - 68 кг, рост - 172 см, ИМТ=23,0 кг/ М². Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, сухие. Отёков нет. Периферические л/у не увеличены. Грудная клетка не деформирована. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД -18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = пульс = 98 ударов в минуту, АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.  
**Ответы:**  
1. -клинический анализ крови  
-исследование в сыворотке крови стандартных показателей метаболизма железа: СЖ, ОЖСС, HTЖ -исследование в сыворотке крови СФ  
2. Консультация гинеколога , эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии  
3. количество тромбоцитов=414 тыс/ мкл, (норма:150-450 тыс/мкл)  
4. СФ=3мкг/л, (норма жен: 10-200 мкг/ л; муж:15-400 мкг/л)  
5. MCV=49,5 фл  
6. МСН=14,46 пг, (норма: 27-38 пг)  
7. Эндометриоз матки. Железодефицитная анемия.  
8. Эндометриоза в гинекологическом отделении  
9. Препаратов железа per os  
10. Хорошая переносимость  
11. 7-10  
12. Пересмотра правильности постановки диагноза ЖДА

**Ситуационная задача №3**  
Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара (по предварительному звонку о тяжести состояния)  
Жалобы  
На лихорадку до 37—38,5°C с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в крупных суставах конечностей, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.  
Анамнез заболевания  
• иные хронические заболевания отрицает  
• не курит, алкоголем не злоупотребляет  
• профессиональных вредностей не имела  
. аллергических реакций не было  
. семейный анамнез: у матери  
пациентки артериальная гипертензия 2 степени, у отца ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения, функциональный класс II, известно, что бабушка по материнской линии умерла в возрасте 50 лет от прогрессирующего порока сердца.

Анамнез жизни  
в возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности была выявлена митральная недостаточность легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Два месяца назад проводилась экстракция зуба. Лихорадку с подъемами температуры до 37,5°С стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты, без положительного эффекта. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°С, появились одышка и малопродуктивный кашель с  
отхожением жидкой слизистой Мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи  
Объективный статус  
Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела - 38,5°C. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Симптом щипка положительный. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта.

Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м². Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений-24 в минуту, сатурация SpO2 – 90% без - респираторной поддержки. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край ІІ ребра, левая -на 2 см кнаружи от левой среднинно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных  
сокращений - 115 ударов в минуту. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13(2)x9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеисускание со слов без особенностей. По тяжести состояния с предварительным диагнозом «Инфекционный эндокардит? Инфекционно-токсический шок степени» пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

**Ответы:**

1. • Допплер-ЭХО-КГ  
• чреспищеводная допплер-ЭХО-КГ  
2. исследование крови на гемокультуру -коагулограмма -общеклинический анализ крови -общеклинический анализ мочи -биохимический анализ крови  
3. Вторичным  
4. Джейнуэя  
5. Лукина-Лимбмана  
6. Цефтриаксон  
7. 4  
8. 2 г/сут/в/в или в/и однократно  
9. Ванкомицин  
10. Инфекциониста  
11. В период подъема температуры тела  
12. Стоматологических процедурах

**Ситуационная задача №4**Больной К. 66 лет обратился к участковому терапевту по месту жительства  
Жалобы  
Жалобы на слабость, прогрессирующие снижение толерантности к физической нагрузке из-за одышки. В настоящее время одышка возникает при умеренной физической нагрузке: при быстрой ходьбе и ходьбе примерно на 200-300 метров, при подъёме на 1 лестничный пролет, что вынуждает его остановиться и отдохнуть. Иногда к вечеру возникает умеренная отечность ног.  
Анамнез заболевания Перенесенные заболевания; детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работа в офисе. Малоподвижный образ жизни. Вредные привычки: умеренное потребление алкоголя, не курит. Любит горячий крепкий чай, кофе Семейный анамнез: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и ожирением. Отец умер от инфаркта в возрасте 68 лет. Аллергологический анамнез не отягощен.  
Анамнез жизни  
Кардиологический и пульмонологический анамнез пациент  
отрицает. Утверждает, что кроме сахарного диабета, который  
диагностировали 3 года назад во время планового ежегодного  
медицинского осмотра, ничего не  
беспокоит. Состоит на учете у  
эндокринолога, принимает: гликлазид  
60 мг и метформин 1500 мг в сутки,  
уровень гликированного  
гемоглобина 2 месяца назад составил 6,8%. Одновременно с верификацией диагноза сахарного диабета была выявлена диабетическая микроангиопатия: ретинопатия и нефропатия. С нефропротективной целью был назначен лизиноприл 5 мг, который пациент регулярно принимает по настоящее время. Так же 3 года назад был диагностирован метаболический синдром: ожирение II степени, гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия. Пациент, придерживаясь диеты, значительно  
похудел, регулярно принимает 40 мг в сутки. Повышения АД не отмечалось. При детальном расспросе выяснено, что примерно полгода назад после выраженной гипогликемии с уровнем глюкозы крови 2,5 ммоль/л (пациент принял сахароснижающие лекарства опаздывая на работу не успел поесть) к вечеру возникла выраженная слабость, холодный липкий пот (уровень гликемии при этом был в норме). На следующий день при незначительной нагрузке возникала одышка и выраженная слабость. Данное плохое самочувствие пациент объяснил низким АД, которое ему не было свойственно, в те дни АД составляло 95/65 - 110/70 мм.рт.ст. Пациент взял отпуск на неделю и «отлежался дома», много отдыхал, сильно ограничил толерантность к физической нагрузке,  
свою физическую активность. Постепенно состояние его улучшилось, повысилась однако одышка сохранилась.  
Объективный статус  
Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6 °С. Больной гиперстенического телосложения. Рост 180 см, вес 90 кг, имт 27,78 кг/м², объём талии 109 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие, высыпании нет Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна Голосовое дрожание не изменено Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, с небольшим притуплением в нижних отделах. При топографической перкуссии- границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные влажные хрипы. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 94 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 135/85 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.  
Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см.  
Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, Не пальпируется, болоогенность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.  
**Ответы:**  
1.- глюкоза крови натощак, гликированный гемоглобин  
-клинический анализ крови  
-липидный спектр крови  
2. Электрокардиография (экг) в покое, трансторакальная эхокардиограмма ( эхокг), рентгенография органов грудной клетки  
3. Постинфарктный кардиосклероз( инфаркт миокарда неопределённой давности)  
4. одышка, ортопноз, пароксизмальная ночная одышка снижение толерантности к нагрузкам, слабость и утомляемост увеличение в объеме лодыжек  
5. Определение уровня натрийуретических гормонов  
6. активный миокардит, стенозы клапанных отверстий, цианотические врожденные пороки, угрожающие жизни нарушения ритма  
7. ингибитор АПФ + В-блокатор + ацетилсалициловая кислота + сахароснижающие препараты  
8. 60;110  
9. МРТ  
10. Сахарный диабет  
11. 1,5  
12. бронхиальная астма, симптомная брадикардия (<50 уд/мин), симптомная гипотония (<85 мм рт.ст.), атрио-вентрикулярная блокада II и более степени, тяжелый облитерирующий эндартериит

**Ситуационная задача №5**  
Больной 44 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства  
Жалобы  
На частый сухой кашель и неприятны ощущения за грудиной, которые возникают при горизонтальном положении тела  
Анамнез заболевания  
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, гайморит.  
Профессиональный анамнез не отягощен, работает учителем в школе,  
работа связана с психоэмоциональным стрессом. Вредные привычки: курит 20 лет, по полпачки сигарет в день. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен  
Анамнез жизни  
Данные жалобы беспокоят несколько недель, возникновение их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Самостоятельно начал прием противокашлевых препаратов без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что жалоб совпало с появлением неприятных ощущений в подложечной области возникновение вышеуказанных  
Объективный статус  
Состояние удовлетворительное,  
сознание ясное. Температура тела 36,6°С. Больной гиперстенического  
телосложения. Рост 182 см, вес 102 кг,  
имт 30,79 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: верхняя - III межреберье, правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации сердца: тоны ясные. ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд/ мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.  
Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.  
**Ответы:**  
1. -рентгенологическое исследование легких  
- спирометрия  
-ЭГДС  
2. Забросом содержимого желудка в гортань  
3. Внутрипищеводная суточная pH-метрия  
4. Характерные проявления ГЭРБ в отсутствие эндоскопических изменений в пищеводе  
5. Основное заболевание: ГЭРБ, эрозийный эзофагит 2 стадии. Сопутствующее заболевание: ожирение 1 ст  
6. Прокинетики  
7. Уменьшение массы тела  
8. Редко возникающей изжоги, не сопровождающейся развитием эзофагита  
9. Патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод  
10. Кашель  
11. Аденокарциномы  
12. Повторные кровотечения

**Ситуационная задача №6**  
Больная 42 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства  
Жалобы  
На частый сухой кашель, который последнее время приобрел приступообразный характер, на чувство нехватки воздуха, ощущение заложенности в груди  
Анамнез заболевания  
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен  
Анамнез жизни  
Данные жалобы беспокоят несколько недель, провоцирующий фактор их возникновения конкретизировать не может, связи с физической нагрузкой нет, какие-либо аллергены определить затрудняется. Самостоятельно начала прием противокашлевых препаратов без положительного эффекта. При Детальном расспросе выяснено, что выше перечисленные жалобы чаще возникают на работе. Работает в офисе, где строгий дресс-код, носит узкую юбку с тугим поясом.  
Объективный статус  
Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6 °С. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ-22.31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Чдд 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с  
обеих сторон.  
**Ответы:**1.- рентгенологическое исследование легких  
-спирометрия  
-ЭГДС  
2. Бронхоконстрикторные тесты, исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)  
3. Пищеводную манометрию высокого разрешения  
4. Микроаспирация  
5. Основное заболевание : ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, эрозивный эзофагит  
6. Прокинетики в стандартной дозе+ ингибитора протонной помпы в стандартной дозе  
7. Редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита  
8. Альгинаты  
9. Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера  
10. Повышенная секреция соляной кислоты  
11. кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта  
12. назначить ИПП и повторить гистологическое исследование через 3 месяца

**Ситуационная задача №7**Больной 47 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства  
Жалобы  
На периодические ноющие боли в подложечной области, которые возникают через полчаса-час после еды. Последнее время появились неприятные ощущения за грудиной, конкретизировать их не может, связи с физической нагрузкой не отмечает.  
Анамнез заболевания  
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет - инфаркт миокарда, у матери - хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.  
Анамнез жизни  
Впервые ноющие боли в подложечной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. По рекомендации тещи при болях принимал омепразол с положительным эффектом. На фоне  
стресса сильно поправился.  
Несколько недель назад появились неприятные ощущения за грудиной, провоцирующий фактор их возникновения определить не может, связи с физической нагрузкой не отмечает, рекомендованная  
родственницей настойка пустырника - без положительного эффекта.  
Объективный статус  
Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6 Больной гиперстенического телосложения, признаки  
абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ-32.6 кг/м², ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. чдд 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии- границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/ мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.  
**Ответы:**1.-клинический анализ крови  
-анализ кала на скрытую кровь  
-Липидный профиль сыворотки крови  
2. Эгдс, регистрация экг в 12 отвердениях , эхо-кг, пробы с физической нагрузкой  
3. Исследование наличия инфекции H.PYLORI  
4. ГЭРБ  
5. Основное заболевание: ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии; хронический Helicobacter pylori ассоциированный гастрит в фазе обострения; язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва малой кривизны желудка диаметром 7 мм); сопутствующее: Ожирение I ст  
6. тройной схемы эрадикации Helicobacter pylori + прокинетик в стандартной дозе  
7. Снижение массы тела  
8. ИПП (в стандартной дозе 2 paзa в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)  
9. 4-6 недель  
10. Определение антигена H.pylori  
11. Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)  
12. Абдоминальное ожирение

**Ситуационная задача №8**  
Больная 44 года, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства  
Жалобы  
На периодический приступообразный  
практически сухой кашель; на неприятные ощущения в  
эпигастральной области,  
возникающие примерно через час после еды.  
Анамнез заболевания  
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери - бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен.  
Анамнез жизни  
Впервые неприятные ощущения в эпигастральной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Так как отмечалась связь появления боли с приемом пищи, стала ограничивать себя в еде, на фоне чего сильно похудела. По рекомендации коллег по работе, при болях принимала антациды, отмечала положительный эффект. Сухой кашель возник примерно тогда же, прием противокашлевых препаратов оказался неэффективным.  
Объективный статус  
Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6 ° С. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ-22,1 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. SpО2-97%. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/ мин, удовлетворительного наполнения и напряжения АЛ 125/75 мм рт.ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.  
**Ответы:**1.-ЭГДС  
-рентгенологического исследования легких  
-спирометрии  
2. Определение уровня эозинофилов в мокроте , бронхоконстрикторные тесты  
3. Анализ кала на скрытую кровь  
4. Исследование на наличие инфекции H.Pylori  
5. ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии. Хронический Helicobacter pylori-ассоциированный гастрит в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва пилорического отдела желудка диаметром 6 мм)  
6. тройной схемы эрадикации Helicobacter pylori + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе  
7. классическую четырехкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)  
8. подтвердить наличие гастроэзофагеального рефлюкса с помощью объективного метода исследования - 24-часовой pH импедансометрии  
9. Уреазный дыхательный тест, определение антигена H.Pylori в кале  
10. Инфекция H.Pylori  
11. Исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после неё  
12. Невсасывающиеся антациды и адсорбенты

**Ситуационная задача №9**Больная 66 лет обратилась в поликлинику  
Жалобы  
На периодические боли в коленных суставах, больше слева, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, подъеме по лестнице. Ухудшение в течение 2-х месяцев, беспокоят интенсивные боли при спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях.  
Анамнез заболевания  
Росла и развивалась нормально.  
Перенесенные заболевания и  
операции: отрицает.  
Наследственность не отягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.  
Анамнез жизни  
Из анамнеза выяснено, что страдает  
Данным заболеванием более 10 лет. Начало заболевания постепенное, изредка после интенсивной  
физической работы в области коленных суставов,больше справа, отмечалась припухлость, которая держалась в течение 2-3 дней и исчезала после уменьшения нагрузки и применения мази долгит, Диклофенак. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности до 20 мин, отмечает «стартовые боли».  
Объективный статус  
Телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных суставах. Кожные покровы внешне не изменены. В легких - везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются.  
Чдд -18 в мин.  
Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Пульс 74 в мин, ритмичный. АД 150 и 90 мм  
рт.ст.  
Печень расположена по краю реберной дуги, при пальпации мягко эластичная, безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.  
Деформация коленных суставов,  
больше справа, объем активных  
движений в них снижен, объем  
пассивных движений значительно снижен в правом суставе. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных суставах. Болезненность при пальпации  
коленных суставов. Отмечается варусная деформация голеней, преимущественно справа.  
**Ответы:**  
1. Клинический анализ крови  
2. Рентгенография поражённых суставов  
3. Первичный гонартроз  
4. Снижение массы тела  
5. Парацетамол  
6. Мелоксикам  
7. Этерококсиб  
8. Внутрисуставное введение метилпреднизалона  
9. Ревматолога  
10. 1500  
11. Диацереин  
12. Производные гиалуроната

**Ситуационная задача №10**  
Больная 45 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому  
Жалобы  
на повышение температуры до 38° С, недомогание, слабость, ночную потливость, сухой кашель в течение  
последних 3-х недель  
Анамнез заболевания  
 росла и развивалась нормально в детские годы имела контакт с больным туберкулезом отцом состояла на диспансерном учете по поводу контакта, прошла курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев • перенесенные заболевания: в возрасте 15 лет острый бронхит, в 38 лет тяжелое течение гриппа, который был расценен как неспецифическая пневмония, рентгенологическое исследование не проводилось в течение последующих лет, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, снижение массы тела неоднократно получала лечение по поводу обострения бронхита вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире  
Анамнез жизни  
В течение 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления температуры до 37,2° С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.  
Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не отмечалось, 3 дня назад появились изменения в мокроте с прожилками кровипрожилки крови в мокроте.  
Объективный статус  
Состояние относительно  
удовлетворительное. Кожные  
покровы и видимые слизистые  
обычной окраски. Вес-58 кг, рост - 165  
CM.  
При перкуссии грудной клетки - справа ниже угла лопатки  
определяется участок укорочения перкуторного звука. В легких дыхание бронхиальное, больше в нижних  
отделах правого легкого, выслушиваются скудные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС- 72 уд.в минуту, АД – 110/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.  
Дизурических явлений не отмечается. При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.  
Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 21 мм, Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест папула 10 мм.  
**Ответы:**1.-клинический анализ крови  
- прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)  
2. Обзорная рентгенография органов грудиной клетки  
3. Положительную  
4. Инфильтративный туберкулёз лёгких  
5. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье  
6. Кровохарканье  
7. Долевого затмения  
8. Бронхиальным дыханием над зоной поражения и влажными хрипами  
9. Первого ряда  
10. Стационаре ( противотуберкулёзного учреждения)  
11. Абсцедирующей пневмонией  
12. I

**Ситуационная задача №11**Мужчина 30 лет, обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому  
Жалобы  
на повышение температуры до субфебрильных цифр, резкую слабость, сухой кашель, одышку, ознобы, боль в горле  
Анамнез заболевания  
 poc и развивался по возрасту  
 в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей  
 флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил  
1,5 года  
. перенесенные заболевания: болеет  
редко, в основном простудные  
заболевания  
вредные привычки: не курит, .  
алкоголь не употребляет • работает директором коммерческой . фирмы  
проживает в отдельной квартире с женой и сыном 5 лет, материально бытовые условия жизни удовлетворительные  
Анамнез жизни  
возвратился домой после отпуска,  
проведенного на море в июле месяце в течение последнего месяца после  
отпуска, отмечает ухудшение в  
состоянии с нарастанием  
вышеперечисленных симптомов 2 недели назад обратился к врачу  
отоларингологу, по поводу появления  
болей в горле, которые прогрессивно  
нарастали при осмотре обнаружены инфильтративно-язвенные изменения слизистой надгортанника, выполнена биопсия, подтвержден диагноз туберкулеза гортани, направлен в противотуберкулезный диспансер, где была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной  
клетки  
Рентгенологическая картина в легких оставалась без динамики  
Объективный статус  
Состояние средней тяжести. Рост -185 СМ, Вес 65 кг. Температура 37,2° C. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Чдд - 22 в минуту. • при перкуссии грудной клетки укорочение перкуторного звука в межлопаточном пространстве, над нижними долями легочной звук с коробочным оттенком при аускультации -дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка • тоны сердца приглушены. ЧСС-92 уд. В мин., АД - 120/80 мм рт.ст живот мягкий, при пальпации  
безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.  
 при обследовании мокроты и  
промывных вод бронхов методом  
бактериоскопии, обнаружены кислотоустойчивые микобактерии Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л положительная, папула 12 мм. Реакция на пробу с АТР, Диаскинтест  
результат отрицательный.  
**Ответы:**1.-клинический анализ крови  
-микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза  
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки  
3. Резко выраженную иммунологическую недостаточность  
4. Диссеминированный туберкулёз лёгких  
5. Повторными волнами бактериемии  
6. Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ (+), туберкулез гортани  
7. Бактериологическая диагностика  
8. Диссеминации  
9. Первого ряда  
10. Рассасывание, фиброзно- склеротические изменения  
11. Двусторонней мелкоочаговой пневмонией, карциноматозом лёгких  
12. I

**Ситуационная задача №12**Больная 59 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому  
Жалобы  
на повышение температуры до 39,2° С, резкую слабость, утомляемость, сильный непродуктивный кашель, тахикардию, боли в грудной клетке.  
Анамнез заболевания  
 росла и развивалась по возрасту До 55 лет регулярно проходила регулярно флюорографическое обследование, патологические изменения в легких не выявлялись работала в школе учительницей, после выхода на пенсию  
рентгенологическое обследование  
органов грудной клетки регулярно не проходила  
 вредные привычки: не курит,  
алкоголь не употребляет проживает в отдельной квартире с супругом, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные  
Анамнез жизни  
отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года, что  
связывали с заболеванием сахарным диабетом II типа в течение последней недели состояние прогрессивно ухудшилось, появились лихорадка, сильный непродуктивный кашель, боли в грудной клетке.  
Объективный статус  
 состояние тяжелое. Температура  
39,2° C. Кожные покровы чистые, бледные, тургор снижен, акроцианоз больная пониженного питания рост 165 см, вес 60 кг.  
 грудная клетка правильной формы, при дыхании отстает правая половина  
чдд-34 в минуту • при перкуссии грудной клетки - притупление перкуторного звука в надключичной, подключичной и межлопаточной областях справа. • при аускультации - в этих областях дыхание бронхиальное с большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов.  
тоны сердца приглушены. ЧСС - 120 уд.вмин., АД - 90/60 мм рт.ст. • живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень у реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. при обследовании мокроты и  
промывных вод бронхов - обнаружены  
кислотоустойчивые микобактерии.  
Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л  
отрицательная  
Результат на пробу с аллергеном  
туберкулезным рекомбинантным отрицательный  
**Ответы:**1. -общий анализ крови,  
-трехкратное исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) методом прямой микроскопии по Цилю-нильсену  
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки  
3. Выраженного иммунодефицита  
4. Бактериологическая диагностика  
5. Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +, легочно сердечная недостаточность  
6. Снижение иммунной системы вследствие сахарного диабета  
7. Разрушением легочной ткани и резко выраженной интоксикацией  
8. Первого ряда  
9. отсутствие морфологических признаков отграничения казеозного некроза  
10. Цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулёз  
11. Крупозной пневмонией  
12. II

**Ситуационная задача №13**  
Женщина 25 лет, обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому после переохлаждения  
Жалобы  
На повышение температуры до 39,2° С, кашель, слабость, недомогание  
Анамнез заболевания  
 росла и развивалась по возрасту  
была вакцинирована БЦЖ при рождении в родильном доме,  
ревакцинирована в 7 и 14 лет до 15-летнего возраста проба Манту была отрицательной, в 16 лет впервые положительная проба Манту,  
папула 12 мм была обследована в  
противотуберкулезном диспансере,назначена химиопрофилактика изониазидом в течение 3-х месяцев.  
Через 2 недели приема изониазида отметила появление головных болей, самостоятельно отказалась от приема  
препарата. Противотуберкулезный диспансер не посещала  
 окончила институт, летом вышла замуж и уехала отдыхать на море. • перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания  
 вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет  
 проживает в отдельной квартире с мужем, материально-бытовые условия  
жизни удовлетворительные  
Анамнез жизни  
 заболевание началось остро, после  
переохлаждения  
 выставлен диагноз острой  
респираторной инфекции тяжелого  
течения  
рекомендована симптоматическая  
терапия, однако состояние не  
улучшалось, сохранялась лихорадка  
гектического характера, появился  
сухой мучительный кашель • через 3 дня больная повторно была  
осмотрена терапевтом  
направлена на 5 День болезни в инфекционную больницу • была выполнена обзорная  
рентгенограмма органов грудной  
клетки на 6-й День болезни, где  
отмечалась смазанность и  
размытость легочного рисунка • проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия и симптоматическими средствами - без эффекта, сохранялись лихорадка, сухой кашель, нарастала одышка  
• на 10 день заболевания внезапно появилась боль в грудной клетке справа, выраженная одышка  
Объективный статус  
Состояние тяжелое.Температура 39,6° С. Кожные покровы чистые, бледные. Вес 52 кг при росте 168 см. Кожные покровы бледные с цианотическим оттенком  
Грудная клетка астенического  
телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте  
дыхания. ЧДД - 38 в минуту.  
При перкуссии грудной клетки - тимпанит.  
При аускультации - дыхание ослабленное, мелкопузырчатые рассеянные влажные хрипы.  
Тоны сердца приглушены,ЧСС - 128 уд.вмин., АД - 100/60 мм рт.  
Живот мягкий, при пальпации  
безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.  
Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.  
На высоте лихорадки исследована кровь на стерильность - возбудитель не обнаружен.  
При обследовании мокроты и ром зных вод бронхов не обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.  
Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л была отрицательной. Аллерген туберкулезный рекомбинантный - результат отрицательный.  
**Ответ:**1. -клинический анализ крови  
- микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза  
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки  
3. Диссеминации  
4. Резко выраженную иммунологическую недостаточность  
5. Милиарный туберкулёз  
6. Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс  
7. Спонтанный пневмоторакс  
8. Ослабленным дыханием, мелкопузырчатыми рассеянными влажными хрипами  
9. Первого ряда  
10. Стационаре ( противотуберкулёзного учреждения)  
11. Мелкоочаговый двусторонней пневмонией  
12. III

**Ситуационная задача 14**Больной С. 47 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому  
Жалобы  
на повышение температуры до 39,0° С,особенно ее подъем в ночное время, выраженную потливость, кашель с обильной зеленого цвета мокротой, боли в грудной клетке слева при дыхании, одышку, снижение аппетита и массы тела вплоть до кахексии.  
Анамнез заболевания  
• в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей  
• в течение последних 5 лет находился  
в местах лишения свободы . флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил  
более 3 лет • перенесенные заболевания: частые  
простудные заболевания  
• вредные привычки: страдает хроническим алкоголизмом, употреблял наркотики • не работает, проживает в  
однокомнатной квартире с матерью,  
материально-бытовые условия жизни  
неудовлетворительные  
Анамнез жизни  
• в течение 4-х недель, отмечает повышенную потливость, резкую слабость • кашель с обильной мокротой в течение последних 1,5 лет . боли в грудной клетке слева в подмышечной области при дыхании. • к врачам не обращался, не лечился  
Объективный статус  
Состояние тяжелое. Рост 185 см,  
масса тела 55 кг. Температура тела  
39,8° С.  
Больной истощен. Кожные покровы бледные, сухие, тургор тканей снижен, акроцианоз, румянец на щеках, астено вегативный синдром, тахикардия. Грудная клетка астенического телосложения, левая половина  
грудной клетки отстает придыхании,  
чдд 35 в минуту.  
При перкуссии грудной клетки резко  
укорочен перкуторный звук слева.  
При аускультации - слева дыхание  
ослабленное, разнокалиберные  
влажные хрипы, справа - рассеянные  
сухие хрипы.  
Тоны сердца приглушены, акцент II  
тона над легочной артерией, ЧСС 120  
уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст.  
Живот мягкий, при пальпации  
безболезненный во всех отделах.  
Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет.  
Симптом поколачивания по  
поясничной области отрицательный. При обследовании мокроты и промывных вод бронхов обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л  
отрицательная Реакция на пробу с АТР (Аллерген туберкулезный рекомбинантный) - отрицательная  
**Ответы:**1.-клинический анализ крови ,  
-микроскопическое исследование мазка мокроты на кислотоустойчивые  
микобактерии  
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, КТ лёгких  
3. Казеозную пневмонию  
4. Выраженный иммунодефицит  
5. Казеозная пневмония левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +, легочно сердечная недостаточность, кахексия  
6. большой зоной разрушения резорбцией в кровь продуктов распада легочной ткани  
7. легочно-сердечная недостаточность, кахексия  
8. Резко ослабленным дыханием, разнокалиберными влажными хрипами  
9. Первого ряда  
10. Бактериологическая диагностика  
11. Стационаре ( противотуберкулезного учреждения)  
12. Крупозной пневмонией

**Ситуационная задача №15**Пациентка 56 лет на осмотре у врача.  
Анамнез заболевания  
• росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. Имеет высшее образование, по профессии экономист. Профессиональных вредностей нет;  
• наследственность: мать страдает хроническим панкреатитом, ЖКБ; • не курит, употребление алкоголя отрицает;  
. аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено;  
• питается регулярно, аппетит сохранен  
Анамнез жизни  
В возрасте 30 лет, на фоне сильного стресса появились голодные боли в эпигастрии и правом подреберье, при обследовании выявлена язва луковицы 12-п.к. После лечения боли не повторялись. Считает себя больной с осени 2017г., когда после работы в саду стала отмечать боли в коленных суставах, после обследования у ревматолога установлен диагноз  
артрозоартрит коленных суставов. Назначен прием препарата Арта в течение полугода с последующими повторными курсами. При усилении болей в коленных суставах самостоятельно принимала Диклофенак 100 мг.  
Два месяца назад появились боли эпигастральной области, которые пациента купировала приемом Альмагеля А. В течение последнего месяца боли носят постоянный характер, прием Альмагеля, Но-шпы боли не приносит облегчения, поэтому пациентка обратилась к врачу.  
Объективный статус  
Состояние относительно удовлетворительное. Рост 160 см, вес  
87 кг. Кожные покровы обычной  
окраски, чистые. Гиперстенического  
телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены.  
Деформация коленных суставов. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий,  
чувствительный в эпигастральной  
области и правом подреберье.  
Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края  
реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей  
Жалобы на  
• боли в эпигастральной области ноющего характера, без четкой связи с приемом пищи, жжение в эпигастрии после еды;  
• редко изжогу, кислый привкус во рту; . слабость, повышенную утомляемость  
**Ответы:**1. эзофагогастродуоденоскопия  
2.Эрозивный гастрит, ассоциированный с приемом НПВП (диклофенак)  
3. бесконтрольным приемом и развитием серьезных осложнений  
4. ИПП  
5. Рабепразол, пантопразол  
6. Ипп и висмута трикалия дицитрат  
7. Обследование больных на H.pylori  
8. Селективным ЦОГ-2 НПВП в сочетании с ИПП  
9. Антикоагулянтов или кортикостероидов  
10. Постоянный приём ИПП ( рабепразол или пантопразол) в стандартной дозе  
11. Эзомепразол и рабепразола  
12. ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки, кларитромицин, амоксициллин

**Ситуационная задача №16**Пациент 21 год, на осмотре у врача.  
Анамнез заболевания  
 рос и развивался соответственно  
возрасту, от сверстников не отставал.  
Закончил среднюю школу, поступил в ВУЗ, учится на втором курсе; в анамнезе: экзема с б-летнего  
возраста; наследственность: мать страдает бронхиальной астмой; не курит,употребление алкоголя  
отрицает; лекарственные препараты не  
принимает; старается питаться регулярно, аппетит сохранен.  
Анамнез жизни  
Пациент в течение 3-х лет испытывает боли за грудиной при употреблении твердой пищи. В течение последнего года боли носят постоянный характер, стали более интенсивными и постоянными. Пациент не может проглотить кусочек хлеба, нужно обязательно запивать и тщательно пережевывать. Попытка проведения ЭГДС в районной больнице не удалась. Лекарственные препараты не принимает из-за трудности проглотить таблетку. Ухудшение в состоянии отмечает при эмоциональном напряжении. Пациент переехал в город, поступил в ВУЗ, и состояние его здоровья мешает ему полноценно учиться и жить. Обратился для обследования и лечения.  
Объективный статус  
Состояние относительно удовлетворительное. Рост 178 см, вес 67 кг. Кожные покровы бледные, чистые. Нормостенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно мышечная система без изменений. При перкуссии легких определялся ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. чдд 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 70 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.  
Жалобы на  
затруднения при глотании твердой пищи;  
 боли за грудиной при прохождении  
пищи; . боли в грудной клетке;  
срыгивание;  
застревание пищи в пищеводе.  
**Ответы:**1. -Общий анализ крови ,  
-исследование IgE в сыворотке крови  
2. Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой  
3. Эозинофильный эзофагит  
4. Затруднение при глотании твёрдой пищи, боль в грудной клетке, не связанная с глотанием  
5. Пищевые и воздушные антигены  
6. Молодой мужчина с анамнезом атопических заболеваний, с периодическими эпизодами затруднения глотания  
7. 15  
8. Сужением просвета пищевода  
9. Ипп и топических глюкокортикостероидов  
10. 12  
11. Элиминационную  
12. 20-40 мг омепразола( или эквивалентная доза других ИПП) 2 раза в день

**Ситуационная задача №17**Пациент 26 лет на консультации у врача.  
Анамнез заболевания  
рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал Имеет высшее образование, по профессии программист. С  
профессиональными вредностями контакта не имел;  
 наследственность не отягощена; не курит, употребление алкоголя отрицает;  
 аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено;  
старается питаться регулярно, аппетит сохранен.  
Анамнез жизни  
Считает себя больным с конца октября 2016г., когда впервые после погрешности в диете появились ноющие боли в верхних отделах живота, преимущественно в правом подреберье. Машиной скорой помощи доставлен в хирургический стационар, где проведено обследование: в анализах крови, без существенных отклонений от нормы. При ЭГДС –  
поверхностный гастродуоденит. При УЗИ органов брюшной полости без патологических изменений. Боли купировали введением  
спазмолитиков, ферментными и антисекреторными препаратами. В течение следующего года перенес острый гайморит, принимал цефтриаксон, после чего боли в правом подреберье возобновились.  
При УЗИ органов брюшной полости выявлены незначительные диффузные изменения печени по типу жировой инфильтрации, деформация желчного пузыря, признаки  
дискинезии желчевыводящих путей. Назначен Одестон, но через неделю появилась горечь во рту, тяжесть в правом подреберье, чувство быстрого насыщения, препарат был отменен. В 2017г. После приема моксифлоксацина по поводу  
инфекционного мононуклеоза вновь появились боли в правом подреберье. При УЗИ органов брюшной полости выявлена деформация желчного пузыря и неоднородность стенок желчного пузыря. Прием Хофитола и омепразола несколько уменьшили дискомфорт в правом подреберье. На Фоне соблюдения строгой диеты похудел на 5 кг за последние 6 месяцев.  
Объективный статус  
Состояние относительно  
удовлетворительное. Рост 171 см, вес 67 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Нормостенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно  
мышечная система без изменений. При перкуссии легких определялся ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 72 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при  
пальпации мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области, правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей  
Жалобы на ноющую боль, жжение в эпигастрии .после еды, горечь во рту; чувство тяжести, переполнения после еды в эпигастральной области; отрыжку воздухом.  
**Ответы:**1. -эзофагогастродуоденоскопия,

-УЗИ органов брюшной полости ,

-клинический и биохимический анализы крови, анализ кала  
2. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром  
3. чувством переполнения желудка или ранним насыщением при приеме пищи в обычном объеме  
4. после зрадикации отмечается стойкое исчезновение клинических Симптомов в течение He MeHee 6-12 мес.  
5. 1:1  
6. 2  
7. наследственные, алиментарные погрешности, курение, перенесенная пищевая токсикоинфекция, психосоциальные  
8. 6; небольшими порциями с ограничением потребления жирной и острой пищи, кофе  
9. ИПП  
10. 14  
11. ИПП в стандартной дозе  
12. Итоприда гидрохлорида ( ганатона)

**Ситуационная задача №18**Пациентка 41 год на осмотре у врача.  
Жалобы  
На отрыжку, изжогу, ощущение «кома» в горле при глотании, ноющие боли в эпигастральной области через 20 минут после еды.  
Анамнез заболевания  
Родилась в 1978, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту Образование высшее медицинское. В настоящее время работает врачом акушером-гинекологом. Питается не 2 регулярно, преимущественно 2 раза в день. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: у отца  
язвенная болезнь. Гинекологический анамнез:менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. Беременностей - 2, роды - 2.  
Анамнез жизни  
На протяжение многих лет беспокоит мучительная изжога, по этому поводу регулярно принимала Ренни с незначительным эффектом, за медицинской помощью не обращалась.  
Год назад больная почувствовала  
ухудшение в состоянии. Сначала появился привкус кислого во рту, тошнота, отрыжка, тяжесть в эпигастрии, затем к ним присоединились давящие боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи, боли в горле. По совету знакомых посетила оториноларинголога, при осмотре патологических изменений в носоглотке, гортани не было выявлено и рекомендована консультация гастроэнтеролога. По поводу данных жалоб обратилась в поликлинику к гастроэнтерологу, пациентке была проведена ЭГДС по результатам, которой выявлена недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит. Больной был назначен прием Омепразола 20 мг 2 раза в день, Маалокса 1 пакетик 3 раза в день, Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день, с положительным эффектом. После улучшения состояния пациентка перестала принимать вышеперечисленные препараты.  
Спустя 2 месяца появилось чувство «кома» в горле при глотании, затрудненное прохождение пищи по пищеводу, ноющие боли в эпигастрии после еды. Пациентка повторно обратилась к гастроэнтерологу.  
Объективный статус  
Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 165 см, вес 66кг. ИМТ=24,2 кг/м². Кожные покровы чистые. Развитие подкожно-жирового слоя умеренное. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно мышечная система без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии легких - ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Чдд 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.  
Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

**Ответы:**

1. -эзофагогастродуоденоскопия ,

-внутрипищеводная суточная рН метрия или рН-импедансометрия  
2. Высокая частота гастроэзофагальных рефлюксов  
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии.  
4. Изжога, отрыжка, срыгивание, одинофагия  
5. Нижнего пищеводного сфинктера  
6. рефрактерная ГЭРБ, гипо- и анацидные состояния (резекция желудка, атрофический гастрит)  
7. 90-98  
8. бронхолегочный,оториноларингологический и стоматологический  
9. Альгинаты, ИПП , прокинетики  
10. 8  
11. 3  
12. 6

**Ситуационная задача №19**Пациент 54 года на осмотре у врача.  
Жалобы  
 на жжение в горле, преимущественно  
в горизонтальном положении; • на чувство тяжести, переполнения  
после еды в эпигастральной области; • отрыжку воздухом  
Анамнез заболевания  
Рос и развивался соответственно  
возрасту, от сверстников не отставал. Имеет высшее образование, по профессии инженер. С профессиональными вредностями  
контакта не имел.  
 В анамнезе: Сахарный диабет 2 типа,  
Гипертоническая болезнь 1 степени  
повышения АД. Резекция слепой кишки в 2016г. по поводу новообразования.  
 Наследственность: не отягощена  
 Не курит, употребление алкоголя отрицает  
 Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено  
Старается питаться регулярно, аппетит сохранен  
Анамнез жизни  
Считает себя больным в течение последних 10 лет, при ЭГДС выявлена недостаточность кардии. Через 3 года при ЭГДС диагностирован катаральный эзофагит. Для купирования изжоги использовал Маалокс. Изжога постепенно из редкой перешла в постоянную, усиливающуюся в горизонтальном положении. Спустя 5 лет диагностирована ГЭРБ: рефлюкс эзофагит. Назначен курсовой прием ИПП. Эффект от приема ИПП имел кратковременный эффект и в последние 2 года пациент переведен на постоянный прием ИПП (Разо 20 мг или Дексилант 30 мг). В течение последних 1,5 лет появились: чувство быстрого насыщения, тяжесть в эпигастральной области после еды, кислый привкус во рту, отрыжка воздухом. В мае 2019г. при ЭГДС выявлен дистальный катаральный эзофагит. По данным гистологического заключения: фрагменты слизистой оболочки с выстилкой желудочного и метаплазированного кишечного типа (полная метаплазия). Гиперплазия клеток поверхностного эпителия желудочного типа. Клетки цилиндрической формы, высокие.  
Собственная пластинка отечна и  
умеренно инфильтрирована лимфоцитами и плазмоцитами. Множественные железистые структуры, выстланные эпителием кишечного типа с бокаловидными клетками, фокусы эрозирования.  
Объективный статус  
Состояние относительно  
удовлетворительное. Рост 172 см, вес  
77 кг. Кожные покровы обычной  
окраски, чистые. Нормостенического  
телосложения. Периферические  
лимфоузлы не увеличены. Костно  
мышечная система без изменений.  
При перкуссии легких определялся  
ясный легочный звук. При аускультации  
в легких везикулярное  
дыхание, хрипы не выслушиваются.  
чдд 17 в минуту. Тоны сердца  
ритмичные, ясные, ЧСС 78 в минуту. АД 130/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.  
Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета без патологических примесей.  
**Ответы:**1. -эндоскопия с высоким разрешением (до 1 млн пикселей) в комбинации с узкоспектральной Эндоскопией NBI и биопсией ,

**-**манометрия пищевода высокого разрешения  
2. ГЭРБ: катаральный рефлюкс . эзофагит, ГПОД 2 ст. Пищевод Барретта. Эрозивный гастрит.  
3. с анамнезом ГЭРБ более 10 лет или изжогой более 5 лет, старше 50 лет, страдающие ожирением  
4. 3  
5. Кишечному  
6. Многолетний анамнез ГЭРБ  
7. Курение, ожирение и генетическая предрасположенность  
8. Постоянную антисекреторную терапии ИПП  
9. Дуодено-гастрального и гастро-эзофагеального рефлюкса  
10. рН-импедансометрия и манометрия нижнего пищеводного сфинктера  
11. Аргоно-плазменная коагуляция  
12. Пищевод Барретта

**28 задача:**

Пациентка 64 лет вызвала участкового терапевта на дом через 2 часа после начала заболевания.  
Жалобы на чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 3 таблеток нитроглицерина.  
  
Анамнез заболевания:Росла и развивалась соответственно возрасту;  
 по профессии биохимик;перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет, аппендэктомия 23 года, грыжесечение в 55 лет.  
 наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 52 лет, мать страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом, жива, 85 лет; • вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает;беременностей , родов - 2Менопауза с 52 лет, протекала без особенностей;  
регулярно не обследовалась, к врачам не обращалась, отмечала эпизоды повышения артериального давления, точных цифр не помнит.  
Анамнез жизни  
Утром после интенсивной физической нагрузки (генеральная уборка квартиры) отметила появление чувства сжатия за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и эпигастральную область впервые в жизни. Попыталась самостоятельно купировать приступ изменением положения тела (легла) и приемом нитроглицерина;медикаментозную терапию ранее не получала.  
Объективный статус  
Состояние тяжелое. Вес 60 кг, рост 173 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,8°С. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 82 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

1. Необходимый метод обследования: ТРОПОНИНА I В ДИНАМИКЕ
2. Необходимым методом обследования ЭКГ КАК МИНИМУМ в 12 отведениях.
3. Диагноз: ИБС, ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОД-М СТ
4. Обезболивание: МОРФИН
5. Правой коронарной артерии
6. Клопидогрель
7. Отягощенный семейный анамнез по ссз
8. Калия и магния аспарагинат
9. Пожизненно
10. Показано в экстренном порядке
11. Ингибиторы апф
12. Показана через 3-4 недели

**29 задача:**

Больная 68 лет обратилась поликлинику к врачу общей практики.  
Жалуется на ограничение подвижности, припухание и боль в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которые усиливаются к концу дня и ночью, сильные интенсивные боли в коленных суставах и ограничение движений в них, появление припухлости коленных, дистальных межфаланговых суставов кистей.  
Анамнез заболевания. Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: удаление левого яичника удаление миоматозных узлов матки. • Наследственность: мать страдает остеохондрозом позвоночника много лет, болят суставы рук. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Анамнез жизни  
Появление болей в суставах связывает с механической нагрузкой, в покое боли стихают. В последние месяцы боли интенсивные, боль в коленном суставе не дает спать, трудно найти положение для ноги в постели. К утру боль уменьшается, припухлость постоянная. Кроме того, больная отмечает появление плотных симметричных узловатых утолщений в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей и II проксимального межфалангового сустава справа в последние три года. Объективный статус  
Состояние относительно удовлетворительное. Повышенного питания. ИМТ 33,0 кг/м². • Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное  
чд 18 в мин. • Границы сердца не изменены.Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 70 ударов в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненным. Присутствуют узловатые плотные утолщения в области дистальных и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, пальцы деформированы, подвижность в этих суставах ограничена.  
Правый коленный сустав увеличен в объеме, деформирован, местное повышение температуры, болезненность при пальпации, крепитация при пассивных движениях.

1. Клинический анализ крови, рф
2. Рентген пораженных суставов
3. Первичный генерализованный остеоартроз.
4. Снижение массы тела
5. Ношение ортеза с жесткой фиксацией
6. Нпвп в средних дозах перорально
7. Уровнем артериального давления
8. Внутрисуставное ведение триамцинолона
9. Развитие остеофитов
10. Диацереин
11. Метилпреднизолон
12. 4 недели
13. **задача:**

Больная 73 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому.   
Жалуется на ограничение подвижности, припухание и боль в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которые усиливаются к концу дня и ночью, сильную боль в правом коленном суставе, затрудняющую ходьбу.  
Анамнез заболевания: Росла и развивалась нормально. . Перенесенные заболевания и операции: удаление миоматозных узлов матки.  
Наследственность: мать страдала остеохондрозом позвоночника много лет, были деформированы суставы рук.  
 Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.  
Анамнез жизни: Появление болей в суставах связывает с механической нагрузкой. В покое к утру боли стихают. Кроме того, в последние годы отмечает появление плотных симметричных узловатых утолщений в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей и II-II проксимального межфалангового сустава справа.  
Объективный статус: Состояние относительно удовлетворительное.  
 Повышенного питания. ИМТ 32,0 кг/м2. Кожные покровы и видимые  
слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 18 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 74 ударов в мин. АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. . Присутствуют узловатые плотные утолщения в области дистальных и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, пальцы деформированы, подвижность в этих суставах ограничена. Правый коленный сустав увеличен в объеме, деформирован, местное повышение температуры, болезненность при пальпации, крепитация при пассивных движениях.

1. Клинический анализ крови
2. Рентген пораженных суставов
3. Первичный генерализованный остеоартроз
4. Обучение пациентов
5. Парацетамол
6. Нпвп
7. Нпвп
8. Внутрисуставное введение триамцилона ацетонида
9. Развитием остеофитов
10. Хондропротекторы
11. Препаратов гиалуроновой кислоты
12. Диастальных и проксимальных межфаланговых суставов кисти.
13. **задача:**

Врач-терапевт участковый вызван к больному 40 лет на дом. Жалобы: Сильная боль в поясничном и грудном отделах позвоночника, затрудняющая вставание с постели, ходьбу, однако, при движении в течение дня боль в позвоночнике уменьшается и вновь усиливается в покое и ночью, значительно нарушая сон. Отмечает боль и припухлость левого коленного сустава с неполным разгибанием. Скованность более 30 минут. Анамнез заболевания: Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: отрицает. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет умеренно. Работает на стройке прорабом. Анамнез жизни: Ухудшение состояния в течение 3-х дней. 5 лет наблюдался у невролога по поводу поясничного остеохондроза, усиление боли отмечал преимущественно в утренние часы, периодически лечился различными противовоспалительными средствами, получал сирдалуд, инъекции витаминов. Год назад обращался к хирургу в связи с болью и припухлостью левого коленного сустава. Однократно вводили 40 мг кеналога с улучшением. Объективный статус: Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Левый коленный сустав дефигурирован, увеличен в объеме, определяется гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенника. Сгибательная (20°) контрактура коленного сустава (валик под коленом). Выраженная болезненность при пальпации крестцово-подвздошных суставов. Поясничный лордоз сглажен. Гипотрофия околопозвоночных мышц. Расстояние пальцы-пол – 48. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД=16 в мин. Ограничена дыхательная экскурсия грудной клетки. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=88 в мин. АД=125 и 80 мм PT.CT. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Осмотрев больного, врач рекомендовал обратиться к ревматологу.

1. Специфические лабораторные тесты для диагностики анкилозирующего спондилоартрита не разработаны;

Определение HLA-B27

1. Рентгенография костей таза
2. Анкилозирующий спондилоартрит
3. Ежедневное выполнение комплекса лфк
4. III
5. Индаметацин 75 мг 2 раза
6. Рецидивирующем или резистентном увеите
7. BASDAI
8. Селективный ингибитор цог2
9. Локальное введение глюкокортикоидов
10. Сульфасалазин по 2-3 гр/сутки
11. Сочетание с воспалительными заболеваниями кишечника.
12. **задача**:   
      
    Пациент 54 лет вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина  
    Анамнез заболевания: Рос и развивался соответственно возрасту. По профессии актер Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия возрасте 32 лет.  
    При эпизодическом измерении АД были зафиксированы значения 150-154/88-102 мм рт. ст. К врачу не обращался, не обследовался.  
    Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно- сосудистой системы неизвестно.Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 42 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Анамнез жизни:  
    Утром после интенсивной . физической нагрузки (занятия хореографией) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни. Попытался самостоятельно купировать приступ приемом нитроглицерина. Медикаментозную терапию ранее  
    не получал. Объективный cтатус: Состояние тяжелое. Вес 70 кг, рост 172 CM. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, выраженная потливость. Температура тела 37,2°С. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 80 уд в АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.
13. Тропонина 1
14. Экг в 12 отведениях
15. ИБС. Острый коронарный синдром с п СТ.
16. Морфин
17. Огибающей
18. Клопидогрель
19. Отягощенный семейный анамнез по ссз
20. Немедленно
21. Жизни
22. Показано в экстренном порядке
23. Ингибиторы апф
24. Показана через 3-4 недели.
25. **задача:**

Мужчина 35 лет обратился к участковому врачу-терапевту.

Жалобы: На повышение температуры до 38,0°С, слабость, кашель со скудной желтоватой мокротой. Анамнез заболевания: лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих: заболеваний нет. Семейный анамнез не отягощен. Анамнез жизни: Повышение температуры до 38,0°С и кашель с мокротой беспокоят в течение пяти дней. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенес ОРВИ. Объективный статус: Состояние пациента средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела 38,2°С. При аускультации выслушивается крепитация в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца - ритмичные, ясные, 92 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

1. Общий клинический анализ крови развернутый. Общий анализ мокроты.
2. Рентгенография органов грудной клетки. Пульсоксиметрия.
3. Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого.
4. Среднетяжелое
5. Амоксициллина
6. 48-72
7. Стойкая нормализация температуры в течение 48-72 часов
8. 10-14
9. 20-21
10. 1
11. SpO sub
12. I
13. **задача:**

Пациент 51 год вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб: На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина. Анамнез заболевания: Рос и развивался соответственно возрасту. По профессии переводчик. Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 22 лет. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно. Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 40 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Анамнез жизни: Утром после интенсивной физической нагрузки (работа в саду) отметил появление чувства сжатия, сдавления за грудиной впервые в жизни. Попытался самостоятельно купировать приступ приемом нитроглицерина. Медикаментозную терапию ранее не получал. Периодически беспокоили боли в затылочной области, по этому поводу не обследовался, к врачу не обращался. ЭКГ зарегистрирована за год до обращения - без патологии. Объективный статус:Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 172 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно розовой окраски, выраженная потливость. Температура тела 36,6°С. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 70 уд. в минуту, АД 134/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

1. Тропонин 1
2. Экг в 12 отведениях
3. Ибс. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ст.
4. Морфина
5. Передней нисходящей
6. Клопидогрель
7. Отягощенный семейный анамнез по ссз
8. Немедленно
9. Пожизенно
10. Показано в экстренном порядке
11. Ингибиторы АПФ
12. Показана через 3-4 недели
13. **задача:**

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту.  
  
Жалобы На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.  
Анамнез заболевания: Хронические заболевания отрицает.  
В 16 лет - оперативное лечение крипторхизма.  
Не курит, алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не имел.  
Аллергоанамнез не отягощен. Отец здоров, у матери открытое овальное окно.  
Анамнез жизни: С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы  
беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу. Объективный статус:  
Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, левая граница сердца смещена на 1.5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю 3 ребра, ЧСС 76 в минуту, АД 125/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

1)регистрация экг в 12 отведениях; суточное мониторирование экг; трансторокальное эхо.

2)мозгового натрийуретического пептида

3)желудочковой тахикардией

4)гипертрофическая кардиомиопатия

5)HCM

6)Днк-диагностика и генетическое конультирование

7) эхо-кг в условиях нагрузки

8)мрт-сердца

9)бета-блокаторы

10) атриовентрикулярной блокады

11) верапамил

12) имплантация кардиовертера-дефибрилятора.

1. **задача:**

Женщина 38 лет обратилась к врачу терапевту. Жалобы:

На приступы одышки, сопровождающиеся слышимыми на расстоянии хрипами, заложенность в грудной клетке и кашель С выделением небольшого количества вязкой мокроты. Анамнез заболевания:

Не переносит цитрусовые, малину, клубнику (кашель, зуд кожи). Курит 10 лет по 1 пачке в сутки. Работает на стройке, где есть контакт со строительной пылью. Анамнез жизни:

Считает себя больной в течение 2-х лет, когда появились подобные симптомы. Не обследовалась. В течение последнего года дневные симптомы возникают ежедневно, ночью 1 раз в неделю. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад. Пациентка связывает его с ремонтом в доме приступы стали более длительными и возникают ежедневно, ночью - до 3 paз B неделю, нарушают активность и сон.

Объективный статус: Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Периферические отеки отсутствуют. Над легкими дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

1. Общий анализ крови, исследование общего анализа мокроты, определение аллерген- специфических IgE
2. Спирометрия с бронх-ым тестом, пикфлоуметрия, рентген органов грудной клетки.
3. Аллергической бронхиальной астмы
4. Среднетяжелое
5. Бронходилататорами короткого действия
6. 60
7. 40-50
8. Длительно действующими в-2-агонистами
9. Будесонида-формотерола
10. В дополнение к терапии ИГКС/ДДБА
11. Вируса гриппа
12. 1-3
13. **задача:**

Мужчина 58 лет обратился в приемный покой городской больницы  
Жалобы На одышку при незначительной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с отделением гнойной мокроты до 20 мл в сутки преимущественно в утренние часы; на повышение температуры до 37,8°С  
Анамнез заболевания: Курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки. Индекс курения 45 пачка/лет. Работает на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен. Анамнез жизни: Сухой кашель беспокоит в течение 15 лет. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 3 этаж. В течение последнего года одышка усилилась и стала возникать при небольшой нагрузке.  
По поводу одышки принимает ежедневно беродуал до 3-4 раз в сутки с положительным эффектом. Обострения 2 раза за прошедший год. ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°С, усилился кашель, появилась скудная вязкая слизисто-гнойная мокрота, усилилась экспираторная шка. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, беродуал по 2 вдоха б раз в 6 День без улучшения. Объективный статус:  
Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес -60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой.  
Перкуторный звук - коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. - Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10x9x8 СМ.

1. клинический анализ крови, общий анализ мокроты, бак исследование мокроты.
2. Спирометрия с бронх-ым тестом, рентген огк, пульсоксиметрия, экг.
3. Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелого течения (IV GOLD), смешанный тип, группа D в фазе тяжелого обострения. ДН 2 ст.
4. Бронхиальной астмы
5. Бронходилататоров короткого действия
6. Тяжести хобл
7. Длительно действующего бета2-агониста
8. Тиотропия бромид
9. Аритмия
10. Вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции
11. 1-3 раза в год
12. 14-20.
13. **задача:**

Пациент Н. 42 лет, обратился К врачу-терапевту  
Жалобы: Одышка при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,4°С. Анамнез заболевания: Хроническими заболеваниями не болеет.  
Профессиональных вредностей не имел. Аллергологический анамнез спокойный.  
Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят. Анамнез жизни:  
Заболел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,6 градусов С. Принимал аспирин. Затем боли связанные с дыханием прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранялся непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,6°C. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу.  
Объективный статус: Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым тенком. Пульс 94 уд. В 1 мин., ритмичный. АД 115/ 70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. ЧДД 22 в мин. При перкуссии на легкими определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с косой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.

1. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови.
2. Рентгенографию органов грудной клетки, узи плевральной полости
3. Плевральный выпот справа при состояниях классифицированных в других рубриках (МКБ х- J191)
4. Межреберье,определенном под рентгенологическими и узи контролем
5. Линии, определенной под рентгенологическим и узи контролем
6. Застойной сердечной недостаточностью
7. Поступлением жидкости и белка
8. Злокачественных новообразованиях легких и плевры
9. 1 литры
10. Лечение основного заболевания, приведшего к развитию плеврального выпота
11. Биохимического исследования
12. Белка в плевральном выпоте к белку в плазме крови более 0.5
13. **задача:**

Пациент Т. 42 лет, обратился к врачу-терапевту. Жалобы: Повышение температуры тела до 37,8°С., сопровождающееся ознобом, кашель с выделением желтой мокроты, одышка при незначительной физической нагрузке, повышенная потливость.  
Анамнез заболевания: Пациент всю жизнь считал себя здоровым человеком.  
Хроническими заболеваниями не страдает. Изредка переносил ОРВИ. За последний год антибиотики и другие лекарственные средства не принимал.  
Профессиональных вредностей не имел. Аллергологический анамнез спокойный. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.  
Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца хроническая обструктивная болезнь легких. Дети здоровы. Анамнез жизни: Заболел остро, когда повысилась температура тела до 38,3°С, сопровождавшееся ознобом и повышенной потливостью. Затем стали беспокоить кашель с выделением желтой мокроты и одышка с ощущением нехватки воздуха. Самостоятельно принимал Терафлю, акорбиновую кислоту. Но улучшения не наступило, в связи с чем больной обратился к врачу. Объективный статус:  
Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8°С. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Пульс 92 уд. В 1 мин., ритмичный. АД 115/ 65 мм рт ст. При аускультации сердца тон на верхушке громче II тона, шумы не || выслушиваются. ЧДД 20 в мин. При перкуссии на легкими - притупление легочного звука справа выше лопатки и в межлопаточной области. Здесь же усилено голосовое дрожание. Дыхание везикулярное, справа выше лопатки и в межлопаточной области выслушиваются мелкопузырчатые звучные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомов раздражения брюшины нет.

1)клинический анализ крови, микробиологический анализ мазков макроты на микобактерии туберкулеза

2) рентген огк, пульсоксиметрия

3) внебольничная пневмония в верхней доле правого легкого

4) внебольничная

5)нетяжелой пневмонии

6)домашних условиях

7) амокциллинн

8) пероральный

9) 48-72

10)48

11) стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48-72 ч

12) макродиды

**27 задача:**

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства. Жалобы:  
На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа, волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.  
Анамнез заболевания: Poc и развивался соответственно возрасту; по профессии бухгалтер;  
перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 56 лет; . наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет; вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает; регулярно не обследовался, врачам не обращался. Анамнез жизни: Утром после умеренной  
физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни; медикаментозную терапию ранее не получал.  
Объективный статус: Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6°С. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 уд. в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

1)мв-фракции креатининкиназы в динамике, тропонина 1 в динамике

2)ЭКГ в 12 отведениях, коронарография

3) ИБС.Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ст. Атеросклероз аорты, коронарных артерий.

4) морфина

5) показана в экстренном порядке

6)клопидогрель

7)отягощенный семейный анамнез по ссз

8) калия магния аспарагината

9) пожизненно

10) показано в экстренном порядке

11) ингибиторы апф

12) категорически противопоказано.

**26 задача:**

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара. Жалобы:На лихорадку до 37-38,5°С с ознобами по вечерам; сердцебиение;боли в суставах;слабость, головокружение,отсутствие аппетита в течение последнего месяца.Анамнез заболевания:Хронические заболевания: 3  
стадия ВИЧ-инфекции, высокоактивную антиретровирусную терапию не получает. Гепатит, туберкулёз, отрицает; курит в течение 20 лет, индекс пачка/лет 20, алкоголем не  
злоупотребляет; в местах лишения свободы не находилась; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было: травмы, операции отрицает.  
Анамнез жизни: В анамнезе внутривенное употребление наркотических препаратов в течение 15 лет. Проходила 3 курса лечения наркозависимости и реабилитации, состоит на учёте в наркологическом диспансере. Завершила последний курс лечения 1 год назад. Повторно начала употреблять наркотические препараты 3 месяца назад в связи с проблемами в семье; лихорадку с подъемами температуры до 37,5°С стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не противовоспалительные препараты; обращалась, самостоятельно принимала нестероидные  
в дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°С;  
отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.  
Объективный статус: Состояние тяжелое. Положение активное в пределах каталки. Температура тела - 38,5°С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Симптом щипка положительный. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта.  
Периферические отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м². Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный; . при сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание везикулярное, ослабленное преимущественно над нижними Частота дыхательных движений 24 в минуту, сатурация SpO2 - 90% без респираторной поддержки; • при осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупостинезначительно расширены за счёт правых отделов. При аускультации сердца; тоны сердца ритмичные, у основания мечевидного отростка в V межреберье выслушивается СИстолический шум. Частота сердечных сокращений - 115 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление-90 и 60 мм рт. ст; живот при поверхностности долями с обеих сторон, хрипов нет.  
Живот пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по методу Образцова-Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову -13(2)x9х9 см.  
Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги, ординаты при перкуссии 14(3)x7 см. Стул и мочеисускание со слов без особенностей; неврологический статус без особенностей. Менингеальные симптомы отрицательны.

1)доплер-эхо, чреспщиводная эхо, мскт

2) исследование крови на гемокультуру, коагулограмму, общий анализ крови, анализ мочи, биохимия крови

3) первичным

4) мукина-лимбмана

5)джейнуэя

6)ванкомицин

7)4-6

8)3

9)эмболический синдром

10)2

11)инфекциониста

12)стоматологических процедур

1. **задача:**

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара. Жалобы: На лихорадку до 37—38,5°C с  
ознобами по вечерамодышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении; сердцебиение; боли в суставах;  
 слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.  
Анамнез заболевания:Иные хронические заболевания отрицает; не курит, алкоголем не  
злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; • аллергических реакций не было. Анамнез жизни: в возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит; в 23 года при обследовании по поводу первой беременности была выявлена митральная  
недостаточность легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не получала: четыре месяца назад травмировала палец на приусадебном участке; волнообразную лихорадку с подъемами температуры до 37,9°С стала отмечать в течение 3 месяцев.Пациентка расценила свое состояние как эпизоды повторных острых респираторных заболеваний, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°С, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхожением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.  
Объективный статус: Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела - 38,5°С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Симптом щипка положительный. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/ м². Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный; • при сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений -24 в минуту, сатурация SpO2 – 90% - без респираторной поддержки; • при осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 СМ Кнаружи от левой срединно ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости смещены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений 115 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет.

Артериальное давление - 90 и 60 мм рт. ст.; живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по методу Образцова-Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову-13(2)x9x9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги, ординаты при перкуссии 14(3)x7 см.

1. доплер-эхо, чреспищеводная доплер эхо
2. кровь на гемокультуру, коагулограмма, общий анализ крови, анализ мочи, биохимия крови
3. Вторичным
4. Джейнуэя
5. Лукина-лимбана
6. В период подъема
7. Ампициллин
8. 6
9. Ванкомицин
10. 6
11. Инфекциониста
12. Стомоталогических процедурах.

**24 задача:**

Пациентка 54 лет на осмотре у врача. Жалобы:  
 на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающие характер опоясывающих;частый стул (до 3-5 раз в день), обильный, блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза; похудание за 1,5 месяца на 7 кг;ощущение сухости во рту; повышенную жажду; кожный зуд. Анамнез заболевания: росла и развивалась нормально;  
замужем, имеет двоих здоровых детей; работает продавцом в  
продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает .В анамнезе - детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь; непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено; • наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.  
Анамнез жизни: У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована, диагностировали острый кулькулезный холецистит и экстренно произвели холецистэктомию. Через 1 неделю после выписки у больной  
периодически появлялись ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам не обращалась. По совету друзей принимала Но-шпу и Фестал с  
умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев 6 назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливались после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. В поликлинике было проведено исследование в крови уровня щелочной фосфатазы, гаммаглютамилтранспептидазы и билирубина, которые оказались в пределах нормы По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было. Объективный статус:  
Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный легочный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется.  
Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

1. Хронический биллиарнозависимый панкреатит
2. Болевым
3. Внешнесекреторной панкреатической недостаточности
4. Эндокринной панкреатической недостаточностью
5. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
6. Повреждением ее паренхимы с развитием фиброза
7. Остеопороза
8. Мультиспиральная компьютерная томография
9. Гликозилированного гемоглобина
10. Фекальной эластазы
11. Ферментных препаратов
12. Парацетамол
13. **задача:**

Пациентка 43 лет на осмотре у врача  
Анамнез заболевания:росла и развивалась нормально; • работает инженером-технологом  
на хлебозаводе; наличие хронических заболеваний отрицает;  
наследственность: не отягощена; • наличие вредных привычек отрицает; аллергологический анамнез без особенностей;  
менструации с 13 лет; установились сразу, умеренно обильные, безболезненные; 2 беременности, 2 родов; • питание регулярное, аппетит не изменен.  
Анамнез жизни: 7 месяцев тому назад по поводу острого обструктивного пиелонефрита больная получала антибиотики широкого спектра действия (цефепим 2 г/сутки внутривенно капельно в течение 7 дней с последующим переходом на пероральный приём норфлоксацина 0,8 г 2 раза/сутки 8 дней), витамины группы В, а затем - аципол по 4 капсулы/сутки в течение месяца. Достигнута ремиссия пиелонефрита, однако спустя примерно месяц появились метеоризм, борборигмы, дискомфорт в мезогастрии, неустойчивый стул до 3-4 раз/сутки. По этому поводу больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала отвар лапчатника и подорожника, а также Мезим форте по 6 таблеток/сутки без особого эффекта. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5-6 до 10-12 раз/ сутки. Понос сопровождался ложными и императивными позывами, а также выделением слизи. Больная амбулаторно консультирована гастроэнтерологом. Установлен диагноз «дисбактериоза». Назначено лечение нифуроксазидом по 800 мг/сутки в течение 7 дней с переходом на Линекс Форте по 3 капсулы/сутки и Хилак Форте по 150 капель/сутки в течение 1 месяца с сомнительным эффектом. Кишечная симптоматика сох-лась на прежнем уровне. Объективный статус:Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение тела активное. Телосложение нормостеническое. Рост 176 см, вес 80 кг, индекс массы тела - 25,83 кг/м 2, t тела - 38,8°С. Кожные покровы сухие, чистые; склеры нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук. Голосовое дрожание не изменено. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; бронхофония не изменена. Частота дыхания 20 в мин. При аускультации сердца отмечается ослабление 1-го тона у верхушки. ЧСС 92 в минуту, ритм правильный. АД 125/75 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, равномерно участвует в дыхании; при пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненность в мезогастрии и левой подвздошной области. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Куленкампа отрицательные. Перкуторные размеры печени и селезенки не изменены. Печень и селезёнка не пальпируются.

Жалобы на диарею до 10 раз в сутки с примесью слизи; умеренной интенсивности схваткообразные боли в мезогастрии, уменьшающиеся после дефекации;  
борборигмы; повышение температуры тела до 37,8°С.

1. Псевдомембранозный колит
2. Колоноскопия
3. Находящихся в стационаре пациентов
4. Диарея
5. Клостридиозные токсины а и в
6. Лейкоцитоз, анемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия
7. Токсического мегаколона
8. Обзорная рентгенография брюшной
9. Перфорация кишки
10. Метронидазол в/в капельно по 750 мг 4 раза в сутки
11. Метронидазол
12. Ванкомицин

**22 задача:**

Пациентка С. 54 года на осмотре у врача.  
Анамнез заболевания:Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту.  
Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает.  
Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей – 1, роды – 1. Наследственность: у отца язвенная болезнь.  
Анамнез жизни:  
Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда после стресса появились боли в эпигастральной области. Питается нерегулярно, часто соблюдает диеты для снижения массы тела. При ЭГДС впервые обнаружена язва в луковице 12-п.к. Принимала омепразол, алгелдрат+магния гидроксид с положительным эффектом. Исследование на  
инфекцию H.pylori не проводилось. При ухудшении самочувствия: изжоге, отрыжке воздухом, боли в эпигастрии, самостоятельно принимала омепразол в течение 2-3 недель. Отмечает сезонность обострений в весенне-осенний период.  
При обострении в июле 2019г., проведена ЭГДС, выявлено: в антральном отделе по малой кривизне язва овальной формы, дно покрыто фибрином 1,0x0,7х0,5 см в пилорическом канале язва покрытая фибрином, размерами 0,4х0,4х0,1 см. По назначению врача принимала эзомепразол 20 мг 2 раза в день в течение месяца. Анализ кала на АТ к Н.Pylori проведен без отмены ИПП, результат-отрицательный. Около недели назад, после погрешности в диете, отметила появление голодных болей в эпигастральной области, изжогу, усиливающуюся в горизонтальном положении.  
Объективный статус:  
Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 160 см, вес 84кг. ИМТ 32,8 кг/м². Кожные покровы чистые. Избыточное развитие подкожно-жирового слоя. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система - без видимой патологии.  
Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких — лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту.  
Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 уд/минуту. АД 120/80 мм рт.ст. живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.  
Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.  
Жалобы на  
ноющие боли в эпигастральной области на "голодный" желудок, боли затихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды; ночные боли; чувство тяжести, метеоризм, общую слабость.

1. Общий анализ крови, анализ кала на скрытую кровь
2. Эзофагогастродуоденоскопия
3. Язвенная болезнь дпк в стадии неполного рубцевания. Эрозивный гастрит, ассоциированный хеликобактер пилори
4. Голодные возникающие через 1.5-2 часа после еды
5. Равновесия между факторами агрессии и защиты
6. Гиперпродукция гастрина, нарушение гастродуоденальной моторики
7. Первичной диагностике инфеции хелик и определение антител относящихся к классу IgG
8. Ипп
9. Эзоомепразол и рабепразол
10. 13с уреазный дыхательный тест
11. Рабепразол и пантопразол
12. 80,60
13. **задача:**

Пациент 45 лет на осмотре у врача. Анамнез заболевания: poc и развивался нормально;  
работает директором в строительной компании, часто испытывает психоэмоциональное  
напряжение в анамнезе - хронический гастрит (на инфекцию H. pylori не обследовался);  
наследственность: отец умер от рака желудка в 60 лет, мать 70 лет жива ГБ; • курит с 36 лет по пачке в день, ИПЛ = 9 пачка/лет; алкоголем не злоупотребляет, прием наркотических веществ отрицает; принимает Алмагель при болях; аллергологический анамнез не отягощен; травмы и операции отрицает.  
Анамнез жизни: Считает себя больным в течение 3 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращался, для купирования боли принимал Алмагель, с временным положительным эффектом.  
Обострения возникают преимущественно в весенне осеннее время. Ухудшение самочувствия отмечает около недели, после погрешностей в диете.  
Объективный статус: Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 70 кг, ИМТ 21,6 кг/м 2, t тела 36,5°С. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 19 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 70 уд/мин. АД 100/80 мм рт. ст. Аппетит снижен. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации не выступает из-под края реберной дуги, край заостренный, эластичный, безболезненный Размер печени по Курлову 10\*9\*7 см. Селезенка 8х5 см.  
Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, регулярный. Жалобы на ноющую боль в эпигастральной области, которые возникают через 20 минут после приема пищи, без иррадиации; тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение;  
похудание на 6 кг за последние 2 года.

1. Клинический анализ крови, кал на скрытую кровь
2. Фгдс с биопсией
3. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения, хелик ассоциированная
4. Пенетрация
5. Средней
6. Кушинга
7. Рабепразол 20 мг 2 раза+ кларитромицин 500 2 раза+ амоксициллин 1000 мг 2 раза
8. 10-14 дней
9. Уреазный дыхательный тест
10. Размер язвенного дефекта больше 1 см
11. Ребамипид
12. 14 дней

**20 задача:**

Пациент 45 лет на осмотре у врача. Жалобы на кожный зуд, тяжесть в правом подреберье;   
слабость.Анамнез заболевания: poc и paзвивался нормально;  
работает программистом;  
наследственность: мать 72 года, желчнокаменная болезнь, отец 75 лет, гипертоническая болезнь; не курит, алкоголь не употребляет; применение психоактивных веществ отрицает; • питание регулярное, полноценное.  
Анамнез жизни:  
Считает себя больным в течение 3-х лет, когда появился жидкий стул с примесью крови. При обследовании был установлен диагноз язвенного колита, назначены глюкокортикостероиды и регрессировали. Впоследствии принимал препараты нерегулярно салофальк. Симптомы  
Ухудшение состояния после отдыха на юге: вновь отметил кровь в кале,

появился кожный зуд, слабость. Выполнена колоноскопия: осмотр до печеночного угла, во всех доступных осмотру отделах слизистая гиперемирована, отечная, сосудистый рисунок смазан, местами отсутствует, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, большое количество мутной пристеночной слизи. В анализах крови: гемоглобин 100 г/л, СОЭ 10 мм/ч, АЛТ-2N, АСТ 1.5N, гамма-ГТ 7.5N, щелочная фосфатаза - 3.5N, общий билирубин в норме. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости - небольшое увеличение левой доли печени, аморфный осадок в желчном пузыре, диффузные изменения поджелудочной железы. Направлен к гастроэнтерологу для установления диагноза и назначения терапии. Объективный статус:  
Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 84 кг, t тела - 36,6°С. Кожные покровы нормальной окраски; следы расчесов.  
Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный легочный перкуторный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 70 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Проведение функциональных печеночных тестов
2. Магнитно- резонансная холангиография
3. Первичный склерозирующий холангит
4. Диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры…
5. 80
6. Язвенный колит
7. Перипортальные ступенчатые некрозы
8. Биопсию печени
9. Сочетании с аутоимунным гепатитом
10. Хирургического расширения протоков
11. Холестерамин
12. рифампицин

**Ситуационная задача №40**Ситуация  
Пациентка Т. 56 лет, обратилась к врачу-терапевту  
Жалобы  
Одышка при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,8°С., кашель с выделением желто-зеленоватой мокроты.  
Анамнез заболевания  
Из хронических заболеваний: страдает сахарным диабетом II типа, который компенсирован приемом таблеток метформина.  
2 месяца назад перенесла рожистое воспаление правой голени.  
Принимала Цефиксим (супракс солютаб). Профессиональных вредностей не имела. Аллергологический анамнез спокойный. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.Наследственность: у матери сахарный диабет, у отца хронических  
заболеваний нет.  
Анамнез жизни  
3 дня назад имело место переохлаждение. Через 3 дня повысилась температура тела до 38,2°С, сопровождавшаяся ознобом. По ночам обильно потела. Затем 2 дня  
назад появился кашель с выделением желтовато-зеленой мокроты, появилась одышка с ощущением нехватки воздуха. Самостоятельно принимала Панадол. Однако улучшения не отмечалось, в связи с чем больная обратилась к врачу.  
Объективный статус  
Состояние средней тяжести.Температура тела 38,0°С. Кожные  
покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Кожа повышенной влажности, горячая на ощупь. Пульс 94 уд. В1 мин., ритмичный. АД 120/ 70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. І тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. При перкуссии над легкими  
притупление легочного звука справа ниже угла лопатки. Здесь же усилено голосовое дрожание. Дыхание везикулярное, справа ниже угла лопатки несколько  
ослаблено, там же выслушиваются мелкопузырчатые звучные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы 0/12

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)  
**микробиологический анализ мазков мокроты на микобактерии туберкулеза,  
клинический анализ крови**

2.К необходимым для постановки диагноза инструментальными методами обследования относят (выберите 2)

**рентгенографию органов грудной клетки,**

**пульсоксиметрию**

3. Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз

**Внебольничная пневмония в базальных сегментах правого легкого**

4. Пневмонию следует рассматривать как

**Внебольничную**

5. В качестве стартовой антибактериальной терапии следует назначить

**Амоксициллин + клавулановая кислота**

6. Рекомендованный путь введения антибактериального препарата

**Пероральный**

7. Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через

**48-72 часа**

8. Вопрос о предпочтительности стационарного лечения внебольничной пневмонии может быть рассмотрен для возраста больного \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

**60 и старше**

9. При неэффективности стартовой терапии внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях препаратами выбора являются

**Респираторный фторхинолон**

10. Оценка степени тяжести больного пневмонией проводится по шкале

**CURB-65 (CRB-65)**

11. Диагноз внебольничной пневмонии может быть поставлен в стационаре, если она диагностирована в первые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от момента госпитализации

**48 часов**

12. Ключевым критерием отмены антибактериальной терапии при нетяжелой внебольничной пневмонии является

**стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48-72 ч при положительной динамике других симптомов**

**Ситуационная задача N41**  
Ситуация  
Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.  
Жалобы  
На лихорадку до 37-38,5°С с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего  
месяца.  
Анамнез заболевания  
Иные хронические заболевания отрицает; не курит, алкоголем не  
злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было.  
Анамнез жизни  
В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзиллит, после чего стала отмечать  
появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за  
медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой  
беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени.  
Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала.  
Год назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности  
(снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием  
одышки) пациентка была консультирована кардиологом и  
кардиохирургом. Пять месяцев назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном  
состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль MHO 3 недели назад – 2,6). Лихорадку с подъемами температуры до 37,5°С стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°С, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном  
положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов,  
появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для  
вызова скорой медицинской помощи. Объективный статус  
Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела – 38,5°С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Периферических теков нет,  
отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м2. Суставы нормальных размеров и формы,  
объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над  
нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений – 24 в минуту, сатурация SpO2 – 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций и пульсаций не выявлено. При пальпации области сердца  
верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца:

Тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений - 115 ударов в минуту,  
Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление - 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по  
методу Образцова-Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову —13(2)x9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание  
со слов без особенностей. Пациентка была госпитализирована отделение анестезиологии и реанимации.

Вопросы 0/12

1. К необходимым в данной ситуации – инструментальным методам исследования относятся

**Чреспищеводная допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

**Допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 5)

**Исследование свертываемости крови**

**Общеклинический анализ мочи**

**Исследование крови на гемокультуру**

**Общеклинический анализ крови**

**Биохимический анализ крови**

3. Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является

**Ранним протезным**

4. По течению инфекционный эндокардит у данный пациентки является

**Острым**

5. При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

**Лукина-Лимбмана**

6. При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

**Джейнуэя**

7. Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

**В период подъема температуры тела**

8. На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает \_\_\_\_\_\_\_, римфапицин и гентамицин

**Ванкомицин**

9. Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель (и)

**6**

10. Наиболее частыми осложнениями инфекционного эндокардита левых отделов сердца являются тромбоэмболии

**В церебральные артерии**

11. Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента, согласно современным рекомендациям, потребуется консультация кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга и

**Инфекциониста**

12. После выписки пациентки из стационара с целью профилактики эндокардита антибиотикопрофилактику следует проводить при

**Стоматологических процедурах**

**Ситуационная задача №42**Ситуация  
Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.  
Жалобы  
На лихорадку до 37-38,5°С с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.  
Анамнез заболевания  
Иные хронические заболевания отрицает; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было.  
Анамнез жизни  
В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзиллит, после чего стала отмечать  
появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности была выявлена митральная недостаточность легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Два месяца назад проводилась экстракция зуба. Лихорадку с подъемами температуры  
до 37,5°С стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°С, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего  
самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи

Объективный статус  
Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела – 38,5°С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. При осмотре слизистых  
оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта.  
Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м2.  
Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над  
нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений -24 в минуту, сатурация Spo2 – 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной областит патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область,  
выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на  
обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет.  
Артериальное давление 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову —13(2)x9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с  
обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

Вопросы 0/12

1. К необходимым в данной ситуации – инструментальным методам исследования относятся

**Чреспищеводная допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

**Допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 5)

**Исследование свертываемости крови**

**Общеклинический анализ мочи**

**Исследование крови на гемокультуру**

**Общеклинический анализ крови**

**Биохимический анализ крови**

3. Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, активным, острым

**Вторичным**

4. При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

**Лукина-Лимбмана**

5. При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

**Джейнуэя**

6. Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

**В период подъема температуры тела**

7. На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке в качестве этиотропной терапии следует назначить

**Цефтриаксон**

8. Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель (и)

**4**

9. При явлениях аллергии на антибактериальные препараты первой линии их следует заменить на

**Ванкомицин**

10. Наиболее частыми осложнениями инфекционного эндокардита левых отделов сердца являются тромбоэмболии

**В церебральные артерии**

11. Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента, согласно современным рекомендациям, потребуется консультация кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга и

**инфекциониста**

12. После выписки пациентки из стационара с целью профилактики эндокардита антибиотикопрофилактику следует проводить при

**Стоматологических процедурах**

**Ситуационная задача №43**  
Ситуация  
Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.  
Жалобы  
На лихорадку до 37-38,5°С с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.  
Анамнез заболевания  
Иные хронические заболевания отрицает; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было.  
Анамнез жизни  
В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзиллит, после чего стала отмечать  
появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности была выявлена митральная недостаточность легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Четыре месяца назад травмировала палец на приусадебном участке (порез на дистальной фаланге указательного пальца верхней правой конечности). Волнообразную лихорадку с подъемами температуры до 37,9°С стала отмечать в течение 3,5 месяцев. Пациентка расценила свое состояние как эпизоды повторных острых респираторных заболеваний, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°С, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи

Объективный статус  
Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела – 38,5°С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. При осмотре слизистых  
оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта.  
Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м2.  
Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений - 24 в минуту, сатурация Spo2 – 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область,  
выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на  
обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет.  
Артериальное давление 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову —13(2)x9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с  
обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

Вопросы 0/12

1. К необходимым в данной ситуации – инструментальным методам исследования относятся

**Чреспищеводная допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

**Допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 5)

**Исследование свертываемости крови**

**Общеклинический анализ мочи**

**Исследование крови на гемокультуру**

**Общеклинический анализ крови**

**Биохимический анализ крови**

3. Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, активным, острым

**Вторичным**

4. При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

**Лукина-Лимбмана**

5. При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

**Джейнуэя**

6. Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

**В период подъема температуры тела**

7. На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке в качестве этиотропной терапии следует назначить

**Ампициллин**

8. Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель (и)

**6**

9. При явлениях аллергии на антибактериальные препараты первой линии их следует заменить на

**Ванкомицин**

10. Данное состояние следует трактовать как

**Острое почечное повреждение**

11. Пациентке показано проведение УЗИ почек и мочевого пузыря с допплерографией почечных артерий, консультация нефролога и назначение

**Заместительной почечной терапии**

12. После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антибиотикопрофилактику следует проводить при

**Стоматологических процедурах**

**Ситуационная задача 44**

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской

помощи в приемное отделение терапевтического стационара,

Жалобы

На лихорадку до 37—38,5°Сс ознобами по вечерам, сердцебиение, кашель с отделением густой серо- коричневой мокроты, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

хронические заболевания: ВИЧ, гепатит, туберкулёз отрицает. Курит в

течение 20 лет, индекс пачка/лет 20, алкоголем не злоупотребляет

профессиональных вредностей не имела, аллергических реакций не было, травмы, операции отрицает

Анамнез жизни

В анамнезе внутривенное употребление наркотических препаратов в течение 15 лет. Проходила 3 курса лечения наркозависимости и реабилитации, состоит на учёте в наркологическом диспансере. Завершила последний курс лечения 1 год назад. Повторно начала употреблять наркотические препараты 3 месяца назад в связи с проблемами в семье. Лихорадку с подъемами температуры до 37,5°C стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до

38,5°C. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов,

ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение активное в пределах каталки. Температура тела – 38,5 °С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром

1-4 мм. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферические отеки голеней и стоп. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м2. При аускультации дыхание

везикулярное, ослабленное преимущественно над нижними долями с обеих сторон, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация Spo2 – 90% без респираторной поддержки. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, у

основания мечевидного отростка в V межреберье выслушивается систолический шум. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту, Артериальное давление – 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий,

безболезненный. Размеры печени по Курлову -13(2)x9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги, Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей.

Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

Вопросы 0/12

1. К необходимым в данной ситуации – инструментальным методам исследования относятся

**Чреспищеводная допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

**Допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 5)

**Исследование свертываемости крови**

**Общеклинический анализ мочи**

**Исследование крови на гемокультуру**

**Общеклинический анализ крови**

**Биохимический анализ крови**

3. Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является является эндокардитом у внутривенных наркоманов \_\_\_\_\_\_\_\_, активным, острым

**Первичный**

4. При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

**Лукина-Лимбмана**

5. При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

**Джейнуэя**

6. Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

**В период подъема температуры тела**

7. Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациентка согласно современным рекомендациям, потребуется консультация кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга и

**Инфекциониста**

8. На основании жалоб, анамнестических и лабораторно-инструментальных данных, пациентке требуется назначит эмпирическую комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает \_\_\_\_\_\_\_\_и генатимицин

**Ампициллин**

9. Расчётная доза гентамицина, согласно современным рекомендациям, составит \_\_\_ мг/кг в сутки в/в или в/м в 1-2 введения

**3**

10. В случае развитии аллергической реакции на антибактериальный препарат первой линии, его следует заменить

**Ванкомицин**

11. Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентке составит \_\_\_ недель(и)

**4-6**

12. После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антибиотикопрофилактику следует проводить при

**Стоматологических процедурах**

**Ситуационная задача №45**

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара

Жалобы

На лихорадку до 37-38,5°С с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при

минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего

месяца.

Анамнез заболевания

иные хронические заболевания отрицает. не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имела, аллергических реакций не было

Анамнез жизни

В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит, после чего стала отмечать

появление смешанной одышки при интесивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой

беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Год назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к

физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Пять месяцев назад было выполнено протезирование

митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период

без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического

отделения в удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки

(последний контроль MHO 3 недели назад - 2,6). Лихорадку с подъемами температуры до 37,5°С стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В

дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°С, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой

мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для

вызова скорой медицинской помощи.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела – 38,5 °С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Периферических теков нет,

отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы

не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м2. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка

цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений – 24 в

минуту, сатурация SpO2 – 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в у межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации

сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту.

Артериальное давление – 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 13(2)x9х9 см. Пальпация печени

умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с

обеих сторон. Стул и мочеисускание со слов без особенностей.

Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

Вопросы 0/12  
1. К необходимым в данной ситуации – инструментальным методам исследования относятся

**Чреспищеводная допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

**Допплер-эхокардиография (допплер-ЭХО-КГ)**

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 5)

**Исследование свертываемости крови**

**Общеклинический анализ мочи**

**Исследование крови на гемокультуру**

**Общеклинический анализ крови**

**Биохимический анализ крови**

3. Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является является \_\_\_\_\_\_\_\_, активным, острым

**Ранним протезным**

4. При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

**Джейнуэя**

5. Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

**В период подъема температуры тела**

6. На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает

**Ванкомицин**

7. Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентке составит \_\_\_ недель(и)

**6**

8. Расчётная доза ванкомицина, согласно современным рекомендациям, составит \_\_\_ мг/кг внутривенно в сутки в 2-3 введения

**30**

9. Расчётная доза гентамицина, согласно современным рекомендациям, составит \_\_\_ мг/кг в сутки в/в или в/м в 1-2 введения

**3**

10. Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентке составит \_\_\_ недель(и)

**6**

11. Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациентка согласно современным рекомендациям, потребуется консультация кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга и

**Инфекциониста**

12. После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антибиотикопрофилактику следует проводить при

**Стоматологических процедурах**

**Ситуационная задача N46**

Ситуация

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны. Обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой; избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания

Гипертоническая болезнь в течение 2 лет (с 53 лет), регулярно принимает

кордипин-ретард 20 мг в сутки, курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было, отец здоров, у матери - гипертоническая болезнь

Анамнез жизни

Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешности в питании, при наклонах туловища; затем

появились боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю

независимо от качества пищи. В течение последнего месяца состояние больного ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во

время сна, сон нарушился. Антациды (альмагель, маалокс), применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в течение последнего месяца перестали действовать.

При боли за грудиной принимал нитроглицерин – без существенного эффекта. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает кордипин-

ретард 20 мг в сутки. Курит.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, ИМТ 38. Кожные покровы

обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за

счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные

симптомы Кэра, Мерфи, Ортнера отрицательны.

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

• общий анализ крови обоснование

• биохимический анализ крови

обоснование

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами

обследования являются (выберите 2)

- фиброэзофагогастродуаденоскопия

(Фэгдс) обоснование

• рентгенография пищевода и

желудка обоснование

3. У данного пациента можно предположить наличие

• Гастроэзофагеальной рефлюксной

болезни, неэрозивная форма

4. У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

• скользящей грыжи пищеводного

отверстия диафрагмы

5. У данного пациента сопутствующим заболеванием является

* ожирение 2 степени

6. Для снижения влияния кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку

пищевода при ГЭРБ рекомендуется назначение препаратов из группы

* ингибиторов протонной помпы

7. Для нормализации моторики пищевода необходимо назначить

* прокинетики

8. Для профилактики возникновения изжоги рекомендуется назначение

* ингибиторов протонной помпы

9. Продолжительность назначения ингибиторов протонной помпы в острый период должно составлять не (пороговое значение в неделях) менее

* 4

10. Пациентам следует избегать употребление

• томатов

11. Данному пациенту необходимо исключить

• курение

12. Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

• синдром «рикошета»

Ситуационная задача №47

Ситуация

Больной А. 20 лет, студент. Обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На частый (до 10-12 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах,

усиливающихся при движении, общую слабость, повышенную утомляемость,

нарушение сна, повышение температуры тела до 38°С.

Анамнез заболевания: курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было, отец здоров, у матери - неспецифический язвенный колит (далее-НЯК)

Анамнез жизни

Считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; по назначению врача поликлиники принимап но-шпу поперакмил – без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал

замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы.

Объективный статус

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,8°С, кожа бледная, сухая, периферические лимфатические узлы не увеличены; веки гиперемированы,

покрыты серовато-белыми чешуйками; частота дыхания – 17 в минуту; над легкими ясный, легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены,

тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 105 в минуту, ритм правильный. АД 100/70 мм ртст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации голеностопных, коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

Вопросы 0/12

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

• общий анализ крови обоснование

* биохимический анализ крови

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

• фиброколоноскопия обоснование

• морфологическое исследование прямой кишки

3. У данного пациента можно предположить наличие

* Неспецифического язвенного колита

4. У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

* железодефицитной анемии

5. У данного пациента в рамках внекишечного проявления НЯК имеется

* артропатия

6. Назначение глюкокортикостероидов внутривенно в дозе, эквивалентной 125 мг

преднизолона, показано при атаки НЯК

* сверхтяжелой

7. Эффект от лечения НЯК сверхтяжелой формы внутривенными глюкокортикостероидами следует оценивать не позднее \_\_\_ суток после начала терапии

• 7

8. Показанием к хирургическому лечению НЯК является

* токсическая дилатация кишки

9. Принципы диспансерного наблюдения при НЯК направлены на профилактику

развития

• колоректального рака

10. Биологическая терапия при НЯК показана начиная с

* левосторонней формы, среднетяжёлой атаки

11. Одним из внекишечных проявлений НЯК является

* афтозный стоматит

12. Одним из внекишечных проявлений НЯК, обусловленных длительным

воспалением и метаболическими нарушениями, является

• стеатоз печени

**Ситуационная задача N48**

Ситуация

Больной Д. 45 лет, бухгалтер. Обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На боли в области эпигастрии жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирущие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку

кислым.

Анамнез заболевания: курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь употребляет 0,5 пива в выходные дни, профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было, мать здорова, у отца - рак желудка.

Анамнез жизни

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев.

Сначала появилась боль, возникающая через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирущая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Так

же сообщает о том, что 4 месяца назад впервые начали беспокоить

боли в коленных суставах, усиливающиеся при движении, самостоятельно начал принимать кетопрофен форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в

настоящее время. Курит, употребляет алкоголь.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18. Кожные покровы

обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот

симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные.

Отмечается болезненность и припухлость при пальпации коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических

Отеков нет.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами

обследования являются (выберите 2)

• общий анализ крови

* биохимический анализ крови

2. Выберите необходимые для постановки диагноза

инструментальные методы обследования (выберите 2)

• фиброэзофагогастродуоденоскопия

(ФЭГДС)

• рентгенография пищевода и

желудка

3. У данного пациента можно предположить наличие

• Язвенной болезни желудка

4. У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

• недостаточного веса

5. У данного пациента сопутствующим заболеванием является

• остеоартрит

6. Для уменьшения проявлений симптомов и заживления язвы рекомендуется назначить

* ингибиторы протонной помпы

7. Продолжительность лечения ингибиторами протонной помпы у данного пациента должно составлять не менее (пороговое значение в неделях)

* 4-8

8. Пациентам следует избегать употребление

* чеснока

9. Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо

дополнительно выполнить

* биопсию язвы

10. Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

* синдром «рикошета»

11. При язвенной болезни пациенту следует принимать пищу раз в сутки

• 5-6

12. Данному пациенту вне обострения показано

• санаторно-курортное лечение

**Ситуационная задача N49**

Ситуация

Мужчина 49 лет, состоящий около 7 лет на диспансерном наблюдении у

пульмонолога с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу-терапевту для прохождения профилактического осмотра.

Жалобы

На экспираторную одышку при умеренной физической активности, периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит в среднем 20 сигарет в день в течение 28 лет.

Анамнез жизни

Диагноз ХОБЛ поставлен 7,5 лет назад в ходе проведения диспансеризации

определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания в среднем 3-4 раза в год в осенне-зимний и

весенний периоды на фоне переохлаждения и ОРВИ. Отмечает позитивный эффект от ингаляций ипратропиума бромида, увеличение их количества в последние несколько

дней способствовало улучшению состояния.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в

1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю

реберной дуги.

1. По результатам спирографии у пациента будет определяться снижение величины показателя

* ОФB1/ФЖЕЛ

2. Значение показателя ОФB1 пациента, равное 65% от должного, соответствует

степени тяжести ХОБЛ

• среднетяжелой

3. Клиническая выраженность обострения ХОБЛ соответствует тяжести обострения

• Легкой

4. Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием шкалы

• CAT (COPD Assessment Test)

5. Бронходилатационный тест рекомендуется проводить с использованием

• короткодействующего бета2-агониста (сальбутамола)

6. Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ, является

• Отказ от курения

7. Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

* достижение контроля симптомов ХОБЛ

8. Короткодействующие бронходилататоры рекомендуется использовать всем пациентам с ХОБЛ

• по потребности

9. Пациентам с частыми обострениями ХОБЛ (2 и более обострений средней тяжести в

течение года) в дополнение к длительнодействующим бронходилататорам

рекомендуется назначение

• ингаляционных глюкокортикостероидов

10. В качестве мероприятий вторичной профилактики для предупреждения обострений и

прогрессирования ХОБЛ рекомендуется

• вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции

11. Наиболее частый возбудитель обострений ХОБЛ

• haemophilus influenzae

12. При обучении пациентов с ХОБЛ рекомендуется составлять

• индивидуальный письменный план действий для оказания самопомощи

**Ситуационная задача N50**

Ситуация

Мужчина 57 лет обратился к врачу-терапевту в связи с временной утратой трудоспособности.

Жалобы

На интенсивные постоянные боли в области первого плюснефалангового сустава правой ноги в покое, усиливающиеся при движении.

Анамнез заболевания

Работа связана со значительными стрессовыми нагрузками. Ведет малоактивный образ жизни, имеет избыточную массу тела в течение 15 лет. У отца пациента отмечались

болезненные ощущения в суставах пальцев стоп, он страдал заболеванием почек.

Анамнез жизни

Отмечает склонность к употреблению мясной пищи (ежедневно) и пива

(около 1 литра 3-4 раза в неделю).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. В

области первого плюснефалангового сустава правой ноги отчетливая гиперемия и припухлость, болезненная при пальпации. Рост 170 см, масса тела 92 кг. Дыхание

везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 140 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 78 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом

поколачивания слабоположительный слева.

1. Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют

заподозрить у пациента

• Острый подагрический артрит

2. Достоверным критерием острого подагрического артрита служит выявление кристаллов

* моноурата натрия в суставной жидкости

3. Для подтверждения диагноза у всех пациентов рекомендуется, помимо визуальной оценки выраженности артрита, отдельно осматривать места возможной локализации

• тофусов

4. У всех пациентов с подозрением на подагру рекомендуется определять

сывороточный уровень

* мочевой кислоты

5. Всем пациентам для постановки определенного диагноза подагры рекомендуется выявление в синовиальной жидкости кристаллов

* моноурата натрия

6. Основной целью фармакотерапии подагры является

• купирование приступов острого артрита

7. Всем пациентам в качестве «первой линии» терапии острого подагрического артрита

рекомендуется назначать

• колхицин

8. Пациентам с абсолютными противопоказаниями и/или неэффективностью

нестероидных противовоспалительных препаратов, колхицина для купирования острого приступа артрита рекомендуется назначение

• моноклональных антител к интерлейкину -1 (канакинумаб)

9. Всем пациентам со стойкой гиперурикемией, тофусами и острыми атаками артрита более 2 в год рекомендуется проведение терапии

* уратснижающими средствами

10. Снижению сывороточного уровня мочевой кислоты способствует ограничение в

пищевом рационе продуктов животного происхождения, богатых

* пуринами

11. Независимым фактором риска развития подагры служит

* алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

12. У всех пациентов с подагрой рекомендуется ограничить использование

* диуретиков

**Ситуационная задача N51**

Ситуация

Мужчина 46 лет, находящийся на диспансерном наблюдении с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу общей практики для

прохождения контрольного осмотра и коррекции плана лечения.

Жалобы

На экспираторную одышку при умеренной физической активности, периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит 20-25 сигарет в день в течение 22 лет.

Анамнез жизни

Диагноз ХОБЛ поставлен 5 лет назад в ходе проведения диспансеризации

определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания возникали 2-3 раза в год в осенне-зимний

и весенний периоды на фоне ОРВИ. Отмечает позитивный эффект от ингаляций ипратропиума бромида, увеличение их количества в последние несколько дней

способствовало улучшению состояния.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в

1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт.ст.,

частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю

реберной дуги.

1. По результатам спирографии у пациента будет определяться снижение величины показателя

• ОФB1/ФЖЕЛ

2. Значение показателя ОФB1 пациента, равное 65% от должного, соответствует

степени тяжести ХОБЛ

• среднетяжелой

3. Клиническая выраженность обострения ХОБЛ соответствует тяжести обострения

* легкой

4. Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием шкалы

* CAT

5. Бронходилатационный тест рекомендуется проводить с использованием

• короткодействующего бета2-агониста (сальбутамола)

6. Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ является

• Отказ от курения

7. Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

• достижение контроля симптомов ХОБЛ

8. Короткодействующие бронходилататоры рекомендуется использовать всем пациентам с ХОБЛ

• по потребности

9. Пациентам с частыми обострениями ХОБЛ (2 и более обострений средней тяжести в

течение года) в дополнение к длительнодействующим бронходилататорам

рекомендуется назначение

* Ингаляционных глюкокортикостероидов

10. В качестве мероприятий вторичной профилактики для предупреждения обострений и

прогрессирования ХОБЛ рекомендуется

* вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции

11. Наиболее частый возбудитель обострений ХОБЛ

• haemophilus influenzae

12. При обучении пациентов с ХОБЛ рекомендуется составлять

• индивидуальный письменный план действий для оказания самопомощи

**Ситуационная задача N52**

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился к врачу общей практики в связи с невозможностью продолжать трудовую деятельность,

Жалобы

На интенсивные боли в первом плюснефаланговом суставе правой ноги в покое, усиливающиеся при движении.

Анамнез заболевания

Работа связана со значительными стрессовыми нагрузками. Ведет малоактивный образ жизни, имеет избыточную массу тела в течение 10 лет. Отец пациента страдал болезнью

суставов стоп и мочекаменной болезнью.

Анамнез жизни

Отмечает частое употребление мясной пищи и алкоголя (3-4 раза в неделю).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. В области первого плюснефалангового сустава правой ноги отчетливая гиперемия и припухлость,

болезненная при пальпации. Рост 170 см, масса тела 92 кг. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны

приглушены. АД 130 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 72 в 1

мин. Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

1. Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют

заподозрить у пациента

• Острый подагрический артрит

2. Достоверным критерием острого подагрического артрита служит выявление

• кристаллов моноурата натрия в суставной жидкости

3. Для подтверждения диагноза у всех пациентов рекомендуется, помимо

визуальной оценки выраженности артрита, отдельно осматривать места возможной локализации

* тофусов

4. У всех пациентов с подозрением на подагру рекомендуется определять сывороточный уровень

• мочевой кислоты

5. Всем пациентам для постановки определенного диагноза подагры

рекомендуется выявление в синовиальной жидкости кристаллов

• моноурата натрия

6. Основной целью фармакотерапии подагры является

• купирование приступов острого артрита

7. Всем пациентам в качестве «первой линии» терапии острого подагрического артрита

рекомендуется назначать

* колхицин

8. Пациентам с абсолютными противопоказаниями и/или неэффективностью

нестероидных противовоспалительных препаратов, колхицина для купирования острого приступа артрита рекомендуется назначение

• моноклональных антител к интерлейкину -1 (канакинумаб)

9. Всем пациентам со стойкой гиперурикемией, тофусами и острыми атаками артрита более 2 в год рекомендуется проведение терапии

• уратснижающими средствами

10. Снижению сывороточного уровня мочевой кислоты способствует ограничение в

пищевом рационе продуктов животного происхождения,

богатых

• пуринами

11. Независимым фактором риска развития подагры служит

• алкоголь (пиво и крепкие спиртные

напитки)

12. У всех пациентов с подагрой рекомендуется ограничить использование

• диуретиков

**Ситуационная задача N53**

Ситуация

Врач терапевт был вызван на дом в связи с обращением родственников

мужчины 80 лет, не способного самостоятельно прийти в поликлинику.

Жалобы

Со слов дочери пациента он испытывает выраженную общую слабость в течение последних двух месяцев, приведшую к затруднениям при перемещении по дому, приёма

пищи и самостоятельного выполнения гигиенических процедур.

Анамнез заболевания

Работал до 65 лет. После прекращения трудовой деятельности вел малоактивный образ жизни, за последний год дочь отметила снижение массы тела с 67 до 60 кг.,

снижение аппетита, сокращение физической активности, замедление темпа и сгорбленность при ходьбе, периодически - падения, утрату интереса к происходящему.

Анамнез жизни

Около 15 лет назад был установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 3

стадии, хроническая ишемия мозга 2 степени. Постоянно получает антигипертензивную терапию: периндоприл в комбинации с индапамидом, 2 раза в год курсовой

приём винпоцетина. Состоит под диспансерным наблюдением кардиолога и невролога, у которых проходит контрольный осмотр 2 раз в год.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожа дряблая, с многочисленными пигментными пятнами, отеков нет. Мышечная сила кистей при пожатии значительно снижена. Рост 168 см, масса тела 59,5 кг. Дыхание над легкими ослабленное

везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, I тон ослаблен, незначительный акцент II тона над аортой. АД 140 и 80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 67 в 1 мин. Язык чистый, влажный, живот

при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют

заподозрить у пациента синдром старческой

* астении

2. Скрининг синдрома старческой астений рекомендуется проводить у

пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения

амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника

• «Возраст не помеха»

3. При проведении скрининга синдрома старческой астении с помощью опросника

необходимо выяснить наличие у пациентов 60 лет и старше ограничений жизнедеятельности по причине снижения зрения или слуха, а также по причине

• недержания мочи

4. При выявлении нарушений зрения и/ или слуха, недержание мочи и т.д.) у

пациента с помощью опросника «Возраст не помеха» врачу, наблюдающему пациента,

рекомендовано составить план диагностических мероприятий и проводить коррекцию

выявленных

• гериатрических синдромов

5. Междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку

физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей

и социальных проблем пожилого человека называется

* комплексной гериатрической оценкой

6. При проведении комплексной гериатрической оценки с целью выявления мальнутриции

рекомендовано оценивать в сыворотке крови уровень

* общего белка и альбумина

7. При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать

функциональный статус пациента на основании показателей его базовой активности с помощью шкалы

* Бартела

8. При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный

сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и

нерационального назначения лекарственных средств с использованием критериев

• STOPP/START

9. Пациентам с синдромом старческой астении и высоким риском ее развития с целью

улучшения или поддержания физического, функционального и когнитивного статуса

рекомендована

• регулярная физическая активность

10. При проведении диспансеризации граждан 75 лет и старше согласно действующему порядку рекомендовано проводить опрос пациентов по шкале «Возраст не помеха» с целью выявления

• гериатрических синдромов

11. Диспансерное наблюдение пациента с синдромом старческой астении в соответствии с

индивидуальным планом осуществляет

• врач-гериатр

12. Всем пациентам с синдромом старческой астений и остеопорозом для профилактики переломов рекомендовано назначение комбинации

• витамина D и препарата кальция

**Ситуационная задача N54**

Ситуация

Врач общей практики был вызван на дом в связи с обращением родственников женщины 85 лет, не способной самостоятельно прийти в поликлинику.

Жалобы

Со слов дочери пациентки она испытывает выраженную общую слабость в течение последних 5-6 месяцев, головокружения, приведшие к затруднениям при перемещении по

дому, приема пищи и самостоятельного выполнения гигиенических процедур.

Анамнез заболевания

После прекращения трудовой деятельности в 70 лет вела малоактивный образ жизни, за последний год дочь отметила снижение массы тела с 65 до 59 кг, снижение аппетита, значительное сокращение физической активности (в пределах квартиры), замедление

темпа и сгорбленность при ходьбе, падения 1-2 раза в месяц.

Анамнез жизни

Около 18 лет назад был установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 3

стадии, хроническая ишемия мозга 2 степени. Постоянно получает антигипертензивную терапию: периндоприл в комбинации с индапамидом, 2 раза в год курсовой приём винпоцетина. Состоит под диспансерным наблюдением кардиолога и невролога, у которых проходит ежегодный осмотр.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожа дряблая, с многочисленными пигментными пятнами, отеков нет. Мышечная сила кистей при пожатии значительно

снижена. Рост 168 см, масса тела 58 кг. Дыхание над легкими ослабленное

везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, I тон ослаблен, незначительный акцент II тона над аортой. АД 125 и 70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 68 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах,

печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют

заподозрить у пациентки

* синдром старческой астении

2. Скрининг синдрома старческой астений рекомендуется проводить у

пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника

• «Возраст не помеха»

3. При проведении скрининга синдрома старческой астении с помощью опросника

необходимо выяснить наличие у пациентов 60 лет и старше ограничений

жизнедеятельности по причине снижения зрения или слуха, а также по причине

• недержания мочи

4. При выявлении нарушений зрения и/или слуха, (недержание мочи и т.д.) у

пациентки с помощью опросника «Возраст не помеха» врачу, наблюдающему

пациента, рекомендовано составить план диагностических мероприятий и

проводить коррекцию выявленных

• гериатрических синдромов

5. Междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку

физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей

и социальных проблем пожилого человека называется

• комплексной гериатрической оценкой

6. При проведении комплексной гериатрической оценки с целью выявления мальнутриции

рекомендовано оценивать в сыворотке крови уровень

* общего белка и альбумина

7. При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать

функциональный статус пациента на основании показателей его базовой активности с помощью шкалы

• Бартела

8. При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный

сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и

нерационального назначения лекарственных средств с использованием критериев

• STOPP/START

9. С целью профилактики развития и прогрессирования синдрома старческой астений для проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста рекомендовано проведение групповых и индивидуальных

* образовательных программ

10. Выполнение комплексной гериатрической оценки рекомендуется проводить не

реже 1 раза в

• год

11. Пациент с преастенией наблюдается врачом

• терапевтом

12. При наблюдении за пациентом с преастенией врач-терапевт участковый оценивает

динамику выявленных

* гериатрических синдромов

**Ситуационная задача N55**

Ситуация

Больной 56 лет, электрик. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в области эпигастрия жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирущие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку

кислым.

Анамнез заболевания: курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь: употребляет 0,5 л пива в выходные дни, профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было, мать здорова, у отца рак желудка.

Анамнез жизни

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев: - сначала появилась боль, возникающая через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирущая в левую

часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема

молочных продуктов и антацидов (Альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки.

Также сообщает, что 2 недели назад впервые начали беспокоить головные

боли, самостоятельно начал принимать Кетопрофен Форте с положительным эффектом,

продолжает принимать и в настоящее время.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18 кг/м2. Кожные

покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные.

Периферических отеков нет.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами

обследования являются

(выберите 2)

* общий анализ крови обоснование
* биохимический анализ крови

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами

обследования являются (выберите 2)

• фиброэзофагогастродуоденоскопия

(ФЭГДС)

• рентгенография пищевода и

желудка

3. У данного пациента можно предположить наличие

* Язвенной болезни желудка

4. При обследовании данного пациента необходима верификация

• H.pylori

5. Для исследования кислотообразующей функции желудка целесообразно

выполнение

* суточной рН-метрии желудка

6. Для уменьшения проявлений симптомов болезни и начала заживления язвы

рекомендуется назначить

• ингибиторы протонной помпы

7. Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее

(пороговое значение в неделях)

* 4-8

8. Данному пациенту следует рекомендовать

* частое, дробное питание

9. Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо

дополнительно выполнить

* биопсию язвы

10. Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

* синдром «рикошета»

11. При верификации H.pylori y пациента с язвенной болезнью необходимо назначение

трехкомпонентной эрадикационной терапии, включающей

* ингибитор протонной помпы, кларитромицин и амоксициллин

12. Пацинту с язвенной болезнью желудка вне обострения показано

• санаторно-курортное лечение

**Ситуационная задача N56**

Ситуация

Больной Н. 67 лет, водитель. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой.

Анамнез заболевания: курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было, отец здоров, у матери гипертоническая болезнь

Анамнез жизни

Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешностей в питании, при наклонах туловища; затем

появились боли в эпигастрии жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой.

В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю вне зависимости от качества пищи. В течение последнего месяца состояние ухудшилось: усилились боли, особенно

по ночам, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Антациды (Альмагель, Маалокс), применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в

течение последнего месяца перестали действовать. При боли за грудиной принимал нитроглицерин без существенного эффекта.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ 24 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в

мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 110/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов

затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень - по краю реберной

дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательны.

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

* общий анализ крови обоснование
* биохимический анализ крови

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами

обследования являются (выберите 2)

* фиброэзофагогастродуоденоскопия (Фэгдс)
* рентгенография пищевода и желудка

3. У данного пациента можно предположить наличие

• Неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

4. Наиболее типичной клинико- анамнестической характеристикой ГЭРБ у данного пациента является наличие

• изжоги

5. Наиболее серьезным осложнением ГЭРБ является

• пищевод Барретта

6. Для снижения влияния кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку

пищевода при ГЭРБ рекомендуется назначение препаратов из группы

• ингибиторов протонной помпы

7. Для нормализации моторики пищевода необходимо назначить

* прокинетики

8. Для профилактики возникновения изжоги рекомендуется назначение

• ингибиторов протонной помпы

9. Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее

(пороговое значение в неделях)

• 4-8

10. Пациентам следует избегать употребления

* томатов

11. В рамках модификации образа жизни пациенту необходимо

• бросить курить

12. Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов,

является

* синдром «рикошета

**Ситуационная задача N57**

Ситуация

Больной 27 лет, менеджер. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На частый (до 10-12 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, снижение массы тела, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38°С.

Анамнез заболевания

Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было, отец здоров, у матери - язвенный

колит (далее - як)

Анамнез жизни

Считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; самостоятельно принимал но-шпу, Лоперамид - без эффекта: жидкий стул

стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы, в связи с

чем обратился к врачу общей практики.

Объективный статус

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела -

37,5°С, кожа бледная, сухая, периферические лимфатические узлы не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; ЧДД 17 в минуту; перкуторно над легкими – ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет;

границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС 105 уд/мин, ритм правильный. АД 100/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный

при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации голеностопных, коленных

суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

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

* общий анализ крови
* биохимический анализ крови

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами

обследования являются (выберите 2)

• фиброколоноскопия

• морфологическое исследование прямой кишки

3. У данного пациента можно предположить наличие

* Язвенного колита

4. У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

• железодефицитной анемии

5. В общем анализе крови характерным для железодефицитной анемии является

• ЦП менее 0,85

6. Назначение глюкокортикостероидов внутривенно в дозе, эквивалентной 125 мг

преднизолона, показано при атаке ЯК

* сверхтяжелой

7. С целью коррекции анемии у данного пациента целесообразно назначение

• препаратов железа

8. Показанием к хирургическому лечению ЯК является

• токсическая дилатация кишки

9. Принципы диспансерного наблюдения при ЯК направлены на профилактику развития

* колоректального рака

10. Биологическая терапия при ЯК показана при

* левосторонней форме, среднетяжелой атаке

11. Одним из возможных внекишечных аутоиммунных проявлений ЯК, связанных с

активностью основного заболевания, является

• увеит

12. Для диагностики железодефицитной анемии важным показателем будет

• снижение ферритина

**Ситуационная задача №58**

Ситуация

Больной Е. 67 лет, работает в школе вахтером, обратился к участковому врачу общей практики.

Жалобы

На головную боль, мелькание «мушек» перед глазами на фоне повышения

цифр АД.

Анамнез заболевания: рос и развивался соответственно возрасту и полу; пенсионер;

перенесенные заболевания и травмы отрицает; наследственность - у родителей ГБ в

анамнезе; вредные привычки отрицает.

Анамнез жизни

В течение последних 2 лет отмечает эпизоды повышения цифр АД до 170/100 мм рт. ст., систематически не лечится. Обратился к врачу общей практики в связи с учащением

эпизодов повышения АД.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. ЧДД - 12 в минуту. В лёгких хрипов нет. АД- 170/100 мм рт. ст. ЧСС 78 в мин. Печень не пальпируется, отёков нет.

Температура тела 36.8°C. Диурез в норме.

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

• общий анализ крови

• биохимический анализ крови

* общий анализ мочи обоснование

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами

обследования являются (выберите 2)

* электрокардиография

• эхокардиография

3. У данного пациента можно предположить наличие

• Гипертонической болезни

4. У данного пациента цифры повышения АД относятся к категории

• 2 степени повышения АД

5. У данного пациента стадия гипертонической болезни

• определяется как ІІ

6. Данному пациенту необходимо

• начать антигипертензивную терапию

7. Данному пациенту в качестве антигипертензивной терапии можно назначить

• ингибитор АПФ + диуретик

8. Целевой уровень систолического АД у данного пациента должен быть

• 130-139 мм рт. ст

9. В качестве немедикаментозного лечения пациенту с АГ рекомендовано

ограничение соли до

• 5 г в сутки

10. С целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений всем пациентам с

АГ рекомендовано

• выполнение умеренной физической активности

11. Показанием для экстренной госпитализации пациента с АГ является

• гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе

12. Для определения сердечно-сосудистого риска используется шкала

• SCORE

**Ситуационная задача N59**

Ситуация

Мужчина 48 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

Выраженная боль в правом коленном суставе, постоянного характера, усиливающаяся после физической нагрузки и ослабевающая в покое (выраженность боли по визуальной аналоговой шкале 6 баллов), сопровождающаяся утренней скованностью около 15 минут,

ограничение подвижности в суставе, появление «хруста», «треска» при резких движениях в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания

Работает тренером в детско-юношеской спортивной школе.

Семейный анамнез: без особенностей.

Аллергических реакций не было.

Из перенесенных заболеваний: полгода назад выставлен диагноз: "функциональная диспепсия, ассоциированная с H.pylori", от эрадикации отказался.

Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета

отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет.

Анамнез жизни

Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились боли в

правом коленном суставе. Свое заболевание связывает с профессиональным спортом в молодости, травмой сустава. Сначала боли носили умеренный характер и возникали после физической нагрузки, затем приобрели выраженный характер, появилось

ограничение в движении в правом коленном суставе. За медицинской

помощью с данными симптомами ранее не обращался.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Рост 176, вес 98 кг (ИМТ 31,6 кг/м2). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 движений в минуту.

Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС

80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не изменен. Костно-мышечная система: Контуры правого коленного сустава сглажены, отечны, определяется болезненность при пальпации, при активных и пассивных движениях.

1. Для выявления воспаления необходимо исследовать (выберите 2)

• СОЭ

• С-реактивный протеин

2. При обзорной рентгенограмме коленных суставов, в соответствии с клинической

картиной, ожидается обнаружить

* небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты

3. Наиболее вероятным диагнозом является

* Остеоартрит

4. Данные рентгенологического исследования (небольшое сужение суставной щели,

единичные остеофиты, заострение мыщелков большеберцовой кости, субхондральный склероз) соответствуют стадии остеоартрита

II

5. Пациенту можно выставить функциональный класс

• II

6. Из нефармакологических методов лечения больному показано

* снижение массы тела

7. Предпочтительным препаратом является

• нестероидный противовоспалительный препарат

8. Перед началом лечения с целью выявления возможных противопоказаний для

назначения лекарственных средств необходимо провести лабораторные исследования,

включающие

* общий анализ крови и мочи, креатинин сыворотки крови, сывороточные трансаминазы

9. Препаратом выбора из группы нестероидных противовоспалительных

препаратов у данного пациента является

* нимесулид

10. Предпочтительно использовать НПВП

* перорально

11. При персистировании воспаления возможно внутрисуставное введение глюкокортикоидов в количестве \_\_\_ инъекций в год

• 2-3

12. К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия относятся

• глюкозамин, хондроитин сульфат

**Ситуационная задача №60**

Ситуация

Женщина 67 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

Сильная боль в коленных суставах, суставах кистей, стоп, в паху и ягодицах, усиливающая после физической активности и уменьшающаяся в покое (выраженность боли по визуальной аналоговой шкале 7 баллов),"стартовая" боль в этих суставах.

Анамнез заболевания

Пенсионер.

Семейный анамнез: у матери было заболевание суставов, какое не знает.

Аллергических реакций не было. Из хронических заболеваний:

Стенокардия напряжения, ФК 2.

Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает.

• Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (не чаще 5-6 раз в год).

Анамнез жизни

Считает себя больной около 13 лет, когда впервые появились неинтенсивные боли в коленных суставах и паху, возникающие после значительной нагрузки (работа в саду). В течение последних 3-х лет присоединились боли в суставах кистей и стоп, интенсивность их возросла, что заставило ее обратиться к врачу. Заболевание связывает с постоянной физической нагрузкой: живет в своем доме, работает на приусадебном участке.

Год назад выставлен диагноз:

"Стенокардия напряжения, ФК 2", принимает постоянно бисопролол и низкие дозы аспирина.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Рост 166, вес 68 кг (ИМТ 24,7 кг/м²), ОТ 88 см. Кожные покровы и видиМЫЕ СЛИЗИстые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.чдд 16 движений в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные, шумов нет. АД 128/64мм рт. ст. ЧСС 58 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не изменен.

Костно-мышечная система: суставы внешне не изменены, пальпируются узелки Гебердена, болезненность при пальпации межфаланговых суставов в проекции щели, коленных суставов в области "гусиной лапки", объем активных и пассивных движений не изменен.

1. Для постановки диагноза и уточнения стадии заболевания необходимо провести (выберите 2)

• обзорную рентгенографию коленных . суставов в прямой и боковой проекции обоснование

• рентгенологическое исследование костей таза с захватом обоих тазобедренных суставов Обоснование

2. Одной из целей лабораторной диагностики является

• дифференциальный диагноз заболевания Обоснование

3. Наиболее вероятным диагнозом является

• Остеоартрит Обоснование

4. Выставленный диагноз "остеоартрит" является первичным генерализованным

Обоснование

5. Выявленные рентгенологические изменения

(неравномерное сужение суставной щели, утолщение и заострение межмыщелковых бугорков, краевые экзостозы надколенника) соответствует субхондральный склероз суставных поверхностей с множественными остеофитами, стадии гонартроза III Обоснование

6. Из нефармакологических методов лечения пациентке следует рекомендовать

• использование ортопедических приспособлений Обоснование

7. Лечение следует начать с нестероидных противовоспалительных препаратов

Обоснование

8. У пациентки PИCK развития желудочно кишечных осложнений при приеме НПВП

высокий обоснование

9. У пациентки риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при приеме НПВП

• высокий обоснование

10. Пациентке следует назначить

. целекоксиб в сочетании с ингибитором протонной помпы

Обоснование

11. Пациентка на повторном приеме через 1 месяц продолжает прием НПВП. Необходимо провести

. ЭГДС и СМАД обоснование

12. Пациентке потребовалось длительное применение НПВП. Ей необходимо 1 раз в три месяца оценивать

- общий анализ крови, АЛТ обоснование

**Ситуационная задача №**61

Ситуация

Вызов на дом врача общей практики к пациенту 19 лет.

Жалобы

• дискомфорт в области сердца с ощущением учащенного сердцебиения, одышка при умеренных физических нагрузках, боли в коленных, локтевых, плечевых суставах, припухлость коленных суставов с ограничением движений, повышение температуры тела до 37,3°С, выраженная общая слабость в течение последних двух дней.

Анамнез заболевания

Студент колледжа

Аллергических реакций на какие либо препараты нет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Травм и операций не было

Семейный анамнез: у бабушки по линии отцасахарный диабет 1 типа, заболевания сердца в семье отрицает Вредные привычки отрицает.

Анамнез жизни

Считает себя больным несколько дней, в течение которых отмечал небольшое повышение температуры, нарастающую слабость, ноющие боли в суставах. Плохое самочувствие связывал с неполным выздоровлением после "простуды". Утром проснулся от резкой боли в коленных суставах, которые увеличились в объеме и покраснели, одновременно отметил появление сердцебиения и дискомфорта в грудной клетке. В ходе расспроса стало известно, что три недели назад в течение 9 дней пациент болел <<простудой»: сильно болело горло, температура повысилась до 39°С и сохранялась такой 6 дней, была ломота во всем теле. К врачу не обращался, лечился местными средствами (полоскал горло отварами трав) и жаропонижающими препаратами. После снижения температуры до субфебрильных цифр начал снова посещать занятия, несмотря на плохое самочувствие.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 171 см, вес 64 (ИМТ 21,89). Кожные покровы физиологической окраски, влажные. Температура тела 37,3°С. Тоны сердца ясные, дующий СИСТОЛИЧеский шум верхушечной локализации, связан с I тоном, проводится в левую подмышечную область. ЧСС 115 уд/мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17/мин. Костно-мышечная система: выраженная припухлость и сильная болезненность коленных Суставов, кожа над ними гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не нарушены.

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

общий анализ крови с лейкоцитарной формулой искоростью оседания эритроцитов, биохимический анализ крови с С реактивным белком обоснование

определение антистрептококковых антител (антистрептолизин О и к ДНКазе) Обоснование

2. Необходимыми инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

ЭКГ Обоснование

эхоКГ с использованием Допплеровского режима Обоснование

3. Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

Острая ревматическая лихорадка: кардит, артрит Обоснование

4. При предположительном диагнозе "острая ревматическая лихорадка" врачу следует использовать критерии

Джонса, пересмотренные ВОЗ в 1992 году и модифицированные Ассоциацией ревматологов России в 2003 году обоснование

5. «Большими критериями» предполагаемого заболевания у данного пациента, определенными на основании жалоб и по данным объективного осмотра ЯВЛЯЮТСЯ

кардит, артрит Обоснование

6. Этиотропная терапия острой ревматической лихорадки заключается в применении

антибактериальных препаратов Обоснование

7. Препаратом выбора при этиотропной терапии острой ревматической лихорадки у данного пациента является

бензилпенициллин в суточной дозе 1,5-4 млн ЕД в течение 10 дней с последующим переходом на бензатинабензилпенициллин

Обоснование

8. После первого введения бензилпенициллина у пациента развилась крапивница, препарат следует заменить на

кларитромицин Обоснование

9. С целью патогенетической терапии пациенту следует назначить

нестероидный противовоспалительный препарат Обоснование

10. Пациент на приеме через 3 месяца. Жалоб не предъявляет. При физикальном осмотре патологии не выявлено. При повторной эхо-КГ клапанной патологии не выявлено, фракция выброса левого желудочка 57%. С целью предотвращения повторных атак заболевания пациенту показана длительная антибактериальая терапия

в течение 10 лет

11. При формировании у пациента порока сердца вторичная профилактика назначается

• пожизненно Обоснование

12. У данного пациента острую ревматическую лихорадку необходимо дифференцировать с

• постстрептококковым артритом Обоснование

**Ситуационная задача №62**

Ситуация

Женщина 57 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

Жалоб не предъявляет. К врачу обратилась по настоянию дочери. При расспросе отмечает периодические боли в спине, возникающие при интенсивной нагрузке, исчезающие в покое.

Анамнез заболевания

Работает бухгалтером, профессиональных вредностей не отмечает.

Из хронических заболеваний: хронический риносинусит, назальные полипы

Наследственность: бронхиальная астма у матери. Аллергические реакции к лекарственным препаратам не отмечает. Вредные привычки отрицает. Гинекологический анамнез: беременностей 2, родов 2.

Анамнез жизни

Страдает бронхиальной астмой, длительное время принимает преднизолон в суточной дозе 12,5 мг. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост-162 см, вес-62 кг, ИМТ- 22.

Телосложение - нормостеническое. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких перкуторный звук легочный, при аускультации дыхание везикулярное, ослабленное, рассеянные сухие хрипы. чдд 17 в минуту. Сердечно-сосудистая система: границы относительной тупости сердца в норме, аускультативно тоны приглушенные, ритмичные, шумов нет. АД- 110/70 мм рт. ст., ЧСС 70 ударов в минуту, пульс 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Пульсация периферических сосудов сохранена.

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

• двуэнергетическая рентгеновская денситометрия обоснование

рентгенография позвоночника Обоснование

2. С целью проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями скелета и выявления противопоказаний для назначения медикаментозного лечения пациентке следует оценить (выберите 2)

общий анализ крови Обоснование

кальций, фосфор сыворотки крови Обоснование

3. Клинические данные, результаты рентгенографии позвоночника (диски СЗ-7 уплощены, больше в С5-6 дистрофические изменения грудного, поясничного отдела позвоночника, диффузный остеопороз) и денситометрии (Т-критерий: -1,7 стандартных отклонений) следует интерпретировать как

• остеопороз Обоснование

4. Диагноз у данной пациентки формулируется как

• Глюкокортикоидный остеопороз Обоснование

5. Пациентке рекомендуется изменение терапии бронхиальной астмы в виде

• применения ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с длительно действующими B2 агонистами с постепенной отменой или уменьшением дозы преднизолона Обоснование

6. Препаратом выбора для лечения остеопороза у данной пациентки является

золендроновая кислота Обоснование

7. Пациентка должна принимать золендроновую кислоту 1 раз в 1 год Обоснование

8. В дополнение к патогенетической терапии пациентке следует назначить препарат кальция

МГ И витамин D ME B CYTKИ

1000-1500, 800-2000 Обоснование

9. Из методов немедикаментозной терапии пациентке следует рекомендовать физические упражнения с нагрузкой весом тела

10. Для оценки эффективности^ провести денситометрию через от начала терапии лечения остеопороза пациентке рекомендуется 1 год Обоснование

11. Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом пациентов с остеопорозом проводится 1 раз в год Обоснование

12. Оценка 10-летнего абсолютного риска переломов проводится по

FRAX Обоснование

**Ситуационная задача №63**

Ситуация

Женщина 55 лет обратилась к врачу общий практики.

Жалобы

боли в паху, ягодицах, постоянные (выраженность боли по визуальной аналоговой шкале 4 балла), усиливающиеся при ходьбе, уменьшающиеся в покое, сопровождающиеся утренней скованностью около 10 минут, "стартовые" боли, боли в латеральных отделах верхней трети бедра, невозможность лежать на боку из-за усиления болей, ограничение движений в тазобедренных суставах.

Анамнез заболевания

• Работает кладовщицей на заводе. Семейный анамнез: у материи сестры двусторонний коксартроз. Аллергических реакций не было.

Из хронических заболеваний:

гипертоническая болезнь 2 стадии, глЖ. Риск 3 (высокий), принимает амлодипин, отмечает частые эпизоды повышения артериального давления до 160/90 MM рт.ст.

Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Анамнез жизни

Считает себя больной около 10 лет, когда впервые появилисьболи в паху. Сначала боли возникали только после значительной физической нагрузки, затем приобрели постоянный характер, появилось ограничение в движении в тазобедренных суставах. За медицинской помощью с данными симптомами ранее не обращалась, по совету сестры принимала парацетамол без эффекта.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.Сознание ясное. Гиперстенического телосложения. Рост 176, вес 90 кг (ИМТ 29,12кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 движений в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные. АД 148/84 мм рт.ст. ЧСС 75 уд/мин. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Почки не пальпируются. Костно-мышечная система: ограничение и болезненность при внутренней ротации тазобедренных суставов в согнутом положении, болезненность при пальпации паховой области латеральнее места пульсации бедренной артерии.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не изменен.

1. Для оценки воспаления необходимо исследовать (выберите 2)

• C-peaктивный белок обоснование

. СОЭ Обоснование

2. Для постановки диагноза и определения стадии пациентке следует провести

• рентгенологическое исследование костей таза Обоснование

3. Наиболее вероятным диагнозом является

• Остеоартрит обоснование

4. Данные рентгенологического исследования (субхондральный склероз вертлужной впадины; множественные остеофиты по верхнему и нижнему краю вертлужной впадины;умеренное сужение суставной щели) соответствуют стадии остеоартрита

III Обоснование

5. Пациентка имеет ИМТ 29,12 кг/м², что соответствует

избыточной массе тела обоснование

6. Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать

. снизить вес Обоснование

7. Для снижения веса пациентке следует рекомендовать достигнуть дефицита калорий в размере около общей калорийности

% от. 30 Обоснование

8. С целью купирования болей пациентке следует назначить

нестероидные противовоспалительные препараты Обоснование

9. Препаратом выбора из группы нестероидных противовоспалительных препаратов у данной пациентки является

. напроксен обоснование

10. Пациентка на приеме через месяц, продолжает прием НПВП, ей следует провести

СМАД Обоснование

11. К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия при остеоартрите относится

стронция ранелат обоснование

остеоартрите относится

12. У всех лиц, отвечающих антропометрическим критериям диагностики оценивать суммарный сердечно-сосудистый риск по

избыточного веса или ожирения, необходимо по шкале SCORE Обоснование

**Ситуационная задача №64**

Ситуация

Женщина 34 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

боли в суставах кистей, лучезапястных, локтевых, коленных суставах, преимущественно утром и после периода покоя, припухание в указанных суставах, • утренняя скованность в течение 2 часов, общая слабость.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания – ОРВИ, грипп.

Хронические заболевания отрицает. Травм, оперативных вмешательств,переливаний крови не было.

Аллергические реакции на прием лекарственных средств отрицает.

Наследственность не отягощена. • Вредные привычки отрицает.

Анамнез заболевания

Заболела около 7 месяцев назад, когда появились ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных суставах. Был эпизод повышения температуры тела до 37,4°С в течение недели. К врачам не обращалась, принимала нестероидные противовоспалительные препараты. Последние 2 месяца состояние ухудшилось, значительно усилились боли в суставах, в процесс Вовлеклись локтевые, плечевые, коленные суставы, появилась утренняя скованность.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес - 61 кг, ИМТ - 22 кг/м². Телосложение - нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Видимые слизистые - физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Легкие - перкуторно звук легочный, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту.

Сердечно-сосудистая система ТОНЫ сердца ясные, ритмичные. АД-110/70 мм Р С, ЧСС 64 в мин, пульс 64 в мин. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Костно-мышечная система: припухлость коленных, лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов из-за отечности. Болезненность при пальпации проксимальных межфаланговых суставов кистей, пястнофаланговых, лучезапястных, плечевых, коленных суставов. Объем движений ограничен в лучезапястных суставах, мелких суставах кистей.

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

• ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду обоснование

• С-реактивного белка Обоснование

• скорости оседания эритроцитов Обоснование

2. Для верификации диагноза пациентке следует провести (выберите 2)

• рентгенографию кистей обоснование

• рентгенографию стоп обоснование

3. Наиболее вероятным диагнозом является

Серопозитивный ревматоидный артрит Обоснование

4. По данным рентгенографии кистей и стоп следует выставить рентгенологическую стадию

II обоснование

5. Пациентке следует выставить клиническую стадию ревматоидного артрита

• раннюю Обоснование

6. Препаратом выбора для лечения ревматоидного артрита у данной пациентки является

• метотрексат Обоснование

7. На фоне лечения метотрексатом для профилактики нежелательных реакций пациентке следует назначить

• фолиевую кислоту

8. Для уменьшения болей в суставах рекомендуется назначить

нестероидные противовоспалительные препараты Обоснование

9. Пациентка обратилась К врачу общей практики повторно, т.к. планирует беременность. В качестве базисной терапии, вместо метотрексата, ей следует назначить

• сульфасалазин Обоснование

10. Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать

лечебную физическую культуру Обоснование

11. При ревматоидном артрите суставами исключения ЯВЛЯЮТСЯ суставы

• Дистальные межфаланговые

12. Диспансерное наблюдение пациентов с ревматоидным артритом при достижении стойкой ремиссии проводится 1 раз в 6 месяцев обоснование

**Ситуационная задача №65**

Ситуация

Пациентка 25 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

• общая слабость, утомляемость, покраснение скул, зоны декольте, • повышение температуры тела до 37,2С, боли в межфаланговых суставах кистей, плечевых, коленных суставах.

Анамнез заболевания

Работает экономистом, вредностей нет. Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Наследственность не отягощена. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. • Вредные привычки отрицает.

Анамнез жизни

Три месяца назад после отдыха на море появилось покраснение кожи в области скул и в зоне декольте. К врачам не обращалась, пользовалась косметическими средствами. В течение этих трех месяцев отмечает появление и усиление слабости, утомляемости, снижение работоспособности. Два дня назадпоявились болии припухлость в суставах кистей, чувство скованности в них, повысилась температура тела до 37,3°С. Подобные симптомы появились впервые, хронических заболеваний не отмечает, лекарственные препараты не принимает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес-60 кг, ИМТ - 19 кг/м². Телосложение нормостеническое.

Кожные покровы: сыпь на скулах в виде эритемы, распространяющая на носогубную зону. Видимые слизистые - физиологической окраски, чистые, на твердом небе безболезненное изъязвление. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система болезненность при пальпации и припухлость пястнофаланговых суставов, проксимальных межфаланговых суставов кистей, плечевых, коленных суставов. Легкие: перкуторный звук легочной, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Сердце - границы относительной тупости в норме, тоны приглушены, ритмичны. АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 74 в мин, пульс 74 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Пульсация периферических сосудов сохранена.

1. Для оценки гематологических нарушений у данной пациентки следует выполнить

. Общий анализ крови Обоснование

2. Для постановки диагноза у данной пациентки необходимо определить

• антинуклеарный фактор Обоснование

3. Наиболее вероятным диагнозом является

• Системная красная волчанка

4. О волчаночном нефрите свидетельствует появление в моче

• белка более 500 мг за 24 часа

5. Диагностическим критериям CKB отвечает поражение

суставов в виде незрозивного артрита 2-х и более суставов обоснование

6. В качестве терапии пациентке следует назначить

гидроксихлорохин и преднизолон

7. Пациентке следует назначить гидроксихлорохин

• 200-400 МГ В СУТКИ

8. Пациентка на повторном приеме. Появились новые высыпания, лучезапястные суставы болезненные и припухшие, по данным УЗИ в них присутствует выпот. По результатам анализов определяется высокая иммунологическая активность (высокий уровень анти-ДНК, снижение С3 и С4 компонентов комплемента). В данной ситуации следует

• увеличить дозу преднизолона Обоснование

9. Пациентка в течение 6 месяцев в состоянии низкой активности заболевания, принимает гидроксихлорохин и преднизолон, планирует беременность. Ей рекомендовать следует

• продолжить прием гидроксихлорохина и преднизолона Обоснование

10. Для раннего выявления наиболее серьезного осложнения, связанного с приемом гидроксихлорохина, пациентке следует каждые полгода проходить профилактический осмотр у

• офтальмолога Обоснование

11. Фактором, провоцирующим обострение системной красной волчанки, является

инсоляция Обоснование

12. При системной красной волчанке рекомендуется

основная диета Обоснование

**Ситуационная задача № 66**

Ситуация

Женщина 29 лет обратилась к врачу терапевту с жалобами.

Жалобы

На сухой кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, головокружение, головная боль, температура до 38,5°С.

Анамнез заболевания

хронические заболевания – отрицает не курит, алкоголем не злоупотребляет;

профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; наследственность: не отягощена

Анамнез жизни

Считает себя больной в течение 3х дней после того, как длительное время находилась на открытом воздухе (каталась на горных лыжах), заболела остро, появился озноб, общая слабость, температура повысилась до 38,5°С. На 3 день после начала болезни появилась трудноотделяемая мокрота. Медикаментозную терапию не применяла.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 158 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Периферические узлы не увеличены, отеков нет. Дыхание поверхностное, ЧДД 17 в 1 мин. Определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в левой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в левой надключичной области, в I межреберье слева. При аускультации над местом притупления выслушивается крепетация. Пульс 93 уд в 1 мин, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД 110/70 ММ РТ.СТ. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Синдром поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул и диурез не нарушены.

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

клинический анализ крови Обоснование

- общий анализ мокроты обоснование

• бактериоскопия (окраска по Циль Нильсону и по Граму) обоснование

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

• обзорная рентгенография в 2-х проекциях обоснование

пульсоксиметрия Обоснование

3. Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

• Внебольничная левосторонняя верхнедолевая пневмония Обоснование

4. Критерии диагноза внебольничной пневмонии является сочетание хотя бы клинических признаков

• 2 Обоснование

5. Шкала CURB 65 включает в себя

• повышение уровня азота мочевины > 7 ммоль/л обоснование

6. Кашель у пациентов после перенесенной внебольничной пневмонии может сохраняться в течение

1-2 х месяцев Обоснование

7. Препаратом выбора для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии без СОПУТСТВУЮщих заболеваний является

. ампициллин Обоснование

8. К критериям достаточности антибиотикотерапии относят стойкое снижение температуры до <37,2°С

в течение не менее 48 часов

9. К группам высокого риска развития Инвазивных пневмококковых инфекций ОТНОСЯТСЯ пациенты

• с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной системы обоснование

10. У большинства пациентов с внебольничной пневмонией при проведении эффективной терапии отмечается снижение температуры, происходит постепенный регресс основных клинических проявлений заболевания, а также лабораторных маркеров воспаления через день/дней

• 3-5 Обоснование

11. При медленноразрешающейся пневмонии и наличии факторов риска затяжного течения заболевания контрольное рентгенологическое исследование требуется через

• 4 недели обоснование

12. При оценке риска неблагоприятного прогноза по шкале PORT данный случай ОТНОСИТСЯ к классу : 1

**Ситуационная задача №67**

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу терапевту.

Жалобы

На периодические головные боли, «стук>> в висках, неоднократное Повышение АД до 165/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

хронические заболевания отрицает • курит, алкоголем не злоупотребляет

профессиональных вредностей нет

аллергический анамнез не отягощен отец страдает от гипертонической болезни более 20 лет

Анамнез жизни

Головные боли и стук в висках периодически появляются уже в течение 3 лет. АД стал измерять в последние 4 месяца, результатов ниже 130/90 мм рт. ст. не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178, масса тела 89 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 150/90 ММ РТ. CI. ЖИВОТ мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

клинический анализ крови Обоснование

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

ЭКГ Обоснование

ЭхоКГ Обоснование

3. Основным диагнозом у данного пациента предполагается

• Гипертоническая Болезнь I стадии, 2 степени повышения АД, риск 2 Обоснование

4. Фактором, предрасполагающим к развитию Артериальной гипертензии, является

избыточная масса тела и ожирение

5. В рамках диспансеризации оценивают факторы риска и поражение органов мишеней не

реже чем

1 раз в год Обоснование

6. Наиболее предпочтительным вариантом лечения является назначение комбинации

Ингибитора АПФ и антагониста кальция Обоснование

7. Физическая активность, снижающая риск сердечно сосудистых осложнений, подразумевает

аэробную физическую активность 2 часа 30 минут в неделю умеренной интенсивнOCTИ Обоснование

8. Целевым уровнем АД для Данного больного является

• 120-130 обоснование

9. Антигипертензивными препаратами, которые могут вызывать приступообразный кашель, являются

ингибиторы АПФ Обоснование

10. Наиболее предпочтительным диуретиком Для данного больного является

индапамид Обоснование

11. Лодыжечно-плечевой индекс определяется при

подозрении на периферический атеросклероз обоснование

12. Добиться нормальных значений АД при помощи модификации образа жизни возможно при артериальной гипертензии

1 степени с низким и средним риском обоснование

**Ситуационная задача № 68**

Ситуация

Мужчина, 47 лет обратился к врачу терапевту.

Жалобы

На жгучие сдавливающие боли за грудиной, возникающие при активной ходьбе от дома до ближайшей станции метро (около 800 метров). Повышение АД ДО 160/100. После прекращения физической нагрузки боли быстро проходят.

Анамнез заболевания

• ГБ более 5 лет.. курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей нет; аллергический анамнез не отягощен; • отец страдает от гипертонической болезни более 20 лет; .

Анамнез жизни

Страдает ГБ уже более 5 лет, АД повышается до 160/100. Боли за грудиной стал отмечать уже около полугода.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 168, масса тела 89. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 160/90 MM PT. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторные исследования ЯВЛЯЮТСЯ

. липидный спектр Обоснование

2. Необходимым из инструментальным методов для постановки диагноза является

• ЭКГ в покое в 12-ти отведениях

Обоснование

3. Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

• ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ГБ I стадии, 2 степени повышения АД, риск з обоснование

4. Четыре функциональных класса стенокардии выявляют на основании

переносимости физической нагрузки Обоснование

5. Антитромбоцитарной терапией, наиболее показанной пациенту, является

• аспирин 75 МГ В СУТКИ обоснование

6. Антигипертензивными препаратами, снижающими смертность пациентов с ИБС, риск развития инсультов и инфаркта миокарда, являются

ингибиторы АПФ Обоснование

7. Препаратами, улучающими симптомы заболевания ЯВЛЯЮТСЯ

бета-адреноблокаторы Обоснование

8. При неэффективности статинов в максимальной дозе в достижении целевого уровня ЛПНП, требуется добавить

эзетемиб обоснование

9. Препаратом 2-й линии терапии ИБС является

триметазидин Обоснование

10. Оптимальной физической нагрузкой для больных с ИБС является

. ежедневная ходьба в среднем темпе в течение 30-40 минут обоснование

11. Пограничным для начала антилипидемической терапии является ЛПНП

• на любом уровне Обоснование

12. Монотерапия Артериальной Гипертензии для данного больного

не показана

**Ситуационная задача №69**

Ситуация

Пациентка Ф., 55 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

выраженная одышка в покое, при незначительной физической нагрузке - ходьбе на 20 метров;

• приступы затрудненного дыхания, удушья до 10 раз в сутки, в том числе ночные ежечасно, сопровождаются сухими, свистящими хрипами; ЧУВСТВО ДИСКомфорта, стеснения в

грудной клетке; затруднение носового дыхания.

Анамнез заболевания

• Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия. Вирусный гепатиты, туберкулез отрицает. Вен. заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными - отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала.

• Аллергологический анамнез: сенсибилизация к аллергенам домашней пыли

Наследственность: не отягощена

• Гемотрансфузионный анамнез: отрицает

• Профессиональный анамнез: пенсионер, работала учителем

Вредные привычки: отрицает Инвалидность: нет

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Анамнез жизни

Считает себя больной более 14 лет, когда на фоне простудного фактора появилась одышка, эпизоды свистящего дыхания. Обращалась к терапевту по месту жительства, выставлен диагноз Бронхиальная астма, консультирована аллергологом, выявлена сенсибилизация к аллергену домашней пыли. Получает базисную терапию Форадил Комби 12/400 мкг 2 раза в сутки, ипратерол, на фоне терапии отмечает улучшение. Наблюдается пульмонологом. В течение последних 3-х суток отмечает резкое ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением, переменой погоды. -

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Сатурация кислорода 90%. Аускультативно дыхание жесткое, множественные сухие хрипы по всем полям. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно: Тоны сердца приглушены, сердцебиения ритмичные. Перкуторно границы сердца не расширены. АД 130/ рт.ст., ЧСС 115 в мин, пульс 115 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Периферических отёков нет.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить

общий анализ крови Обоснование

2. Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 2)

пульсоксиметрию Обоснование

спирометрию Обоснование

3. Основным диагнозом у данной пациентки является

• Бронхиальная астма смешанной этиологии (аллергическая + эндогенная) тяжелое течение, фаза обострения. ДН 2. Сенсибилизация к аллергенам домашней пыли

Обоснование

4. Критерием тяжёлого обострения астмы является частота дыханий ≥ минуту в

• 25 Обоснование

5. Базисная терапия бронхиальной астмы включает применение

будесонида Обоснование

6. Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

• высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета2-агонистов Обоснование

7. Бронхиальная астма

тяжелого течения устанавливается у пациентов, получающих терапию, соответствующую ступени

8. Критерием жизнеугрожающей астмы является SpO2 < (пороговое значение в %)

92 Обоснование

9. Пациентам с бронхиальной астмой противопоказаны антигипертензивные препараты группы

• бета-адреноблокаторов Обоснование

10. Пациентке показано проведение вакцинации против

• гриппа обоснование

11. Пациентка относится к группе состояния здоровья

3a Обоснование

12. Больному бронхиальной астмой для самоконтроля состояния вентиляционной функции необходимо иметь Coбcтвeнный

• пикфлоуметр Обоснование

**Ситуационная задача № 70**

Ситуация

Пациентка М, 72 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На кашель со слизистой мокротой, до 50 мл в сутки, выраженную одышку при физической нагрузке - при ходьбе на 100 метров, чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке, снижение работоспособности, на приступы затрудненного дыхания, удушья до 6 раз в сутки, в том числе ночные до 1-2 раз, сопровождаются сухими, свистящими хрипами, на головные боли, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст. (комфортное 130/80 мм.рт.ст), что сопровождается головокружением, Сухость во рту.

Анамнез заболевания

Перенесенные заболевания: артериальная гипертензия, Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный. Вирусный гепатиты, туберкулез отрицает. Вен. заболевания отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность: не отягощена. Профессиональный анамнез: пенсионер.

Вредные привычки: отрицает.

Инвалидность: З гр.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Анамнез жизни

Считает себя больной Бронхиальной астмой с 2016 года, получает базисную терапию Серетид 25 + 250 мкг 2 раза в сутки, беродуал через небулайзер по потребности. Наблюдается терапевтом по месту жительства. Настоящее обострение в течении 10 дней.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, сатурация кислорода 96%. Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, сухие хрипы по всем полям, перкуторно звук коробочный, ЧД 20. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Перкуторно границы относительной сердечной тупости изменены + 2 см вправо. АД 130/90 мм рт.ст., ЧСС 115 в мин, пульс 115 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить

общий анализ крови Обоснование

2. Для постановки диагноза необходимо выполнить

спирометрия обоснование

3. Предполагаемым диагнозом пациентки является

Бронхиальная астма, эндогенная, тяжелое течение, обострение. ДН 1 ст. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, субкомпенсированный обоснование

4. Критерием тяжёлого обострения астмы является частота пульса

110 в мин

5. Пациентке показан препарат для контроля частоты сердечных сокращений

• Верапамил Обоснование

6. Критерием обратимости бронхиальной обструкции после ингаляции сальбутамола является прирост ОФВ1 на %

12 Обоснование

7. Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

• высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета2-агонистов Обоснование

8. Бронхиальная астма тяжелого течение устанавливается у пациентов, получающих терапию,

соответствующую Ступени

4 Обоснование

9. Бронхиальная астма у нашей пациентки представляет собой фенотип с поздним дебютом .

10. Больному бронхиальной астмой для самоконтроля Состояния вентиляционной функции необходимо иметь Собственный

. пикфлоуметр обоснование

11. Пациентам с тяжелым обострением бронхиальной астмы, рефрактерным к назначению коротко действующих бета-агонистов, рекомендуется назначение

• магния сульфата обоснование

12. Пациентке показано проведение вакцинации против

• гриппа Обоснование

**Ситуационная задача №71**

Ситуация

Мужчина, 59 лет, обратился к врачу общей практики.

Жалобы на выраженную одышку при физической нагрузке - ходьбе до 50 м, выполнении домашней работы. . На приступы затрудненного дыхания до 4-6 раз в день. На кашель с трудно отделяемой мокротой желтоватого цвета.

Анамнез заболевания

В настоящий момент пенсионер. Работал плотником. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет, курит 40лет по 20 сигарет в день.

Постоянно принимает Лозап+, 50 мг.

Анамнез жизни

Больным считает себя последние 20 лет, когда впервые появилась одышка при физической нагрузке. С годами наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к

физической нагрузке.

• Резкое ухудшение самочувствия 10 дней назад, связывает с переохлаждением.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6°С. Сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Рост 170, вес 90 кг. ИМТ 31,14 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний. Отеков нет. Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны.

Щитовидная железа не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 110 уд/м. АД 140/80 мм.рт.ст.

• Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову 11X10X10 CM.

Стул в норме. Диурез адекватный. • Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 22 в мин. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится по всем полям. Множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить

. общий анализ крови обоснование

2. Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 3)

спирометрию Обоснование

рентгенографию органов грудной клетки обоснование

пульсоксиметрию Обоснование

3. У пациента с данной клинической картиной необходимо провести дифференциальную диагностику между

бронхиальной астмой, хроническим (необструктивным) бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких Обоснование

4. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

. Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелое течение. Буллезная эмфизема легких, пневмосклероз. Дыхательная недостаточность 2 обоснование

5. Данному пациенту необходимо рекомендовать

• госпитализацию в терапевтическое отделение Обоснование

6. Для купирования симптомов обострения заболевания необходимо назначить в первую очередь

бронходилататор короткого действия через небулайзер Обоснование

7. Данному пациенту после Выписки из стационара (стабилизации состояния) рекомендуется назначить бронходилататор из группы

• длительно действующих в-агониста в сочетании с антихолинергическим препаратом Обоснование

8. Для борьбы с гипоксемией у данного пациента необходимо использовать

• кислородотерапию обоснование

9. Пациенту следует рекомендовать в первую очередь

• отказ от курения обоснование

10. Пациенту показано проведение вакцинации против

гриппа и пневмококковой инфекции Обоснование

11. Кратность посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения составляет раза в год

2 обоснование

12. Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения составляет раза в год

1 Обоснование

**Ситуационная задача № 72**

Ситуация

Мужчина, 48 лет, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На чувство нехватки воздуха при выполнении физической нагрузки средней интенсивности (подъем на 4 этаж, быстрая ходьба).. На кашель с умеренным количеством отделяемой мокроты.. Сонливость в дневное время.

Анамнез заболевания

Работает сварщиком. Семейный анамнез: отец умер от рака легкого.

Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: хронический гастрит. Наличие хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет, курит 25 лет по 20 сигарет в день. туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет,

Анамнез жизни

Постоянный кашель беспокоит 15 лет. Впервые начал замечать одышку при физической нагрузке около года назад. Настоящее ухудшение заболевания около месяца назад, после

перенесенной вирусной инфекции отмечает усиление одышки, кашель стал более интенсивным, мешает спать ночью.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SaO2 95%, температура тела 36,8°С. Сознание ясное. Повышенного питания. Рост 178, вес 86 кг. ИМТ 27,14 кг/м3.

Кожные покровы нормальной окраски, без высыпаний. Отеков нет. Лимфоузлы Доступные пальпации не увеличены, безболезненны. Щитовидная железа не увеличена.

Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 85 уд\м. АД 135\80 мм.рт.ст.

Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову 11x9х8 CM.

Стул в норме. Диурез адекватный. Грудная клетка эмфизематозная, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в мин. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится по всем полям. Множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить

общий анализ крови обоснование

2. Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 2)

• спирометрию обоснование

рентгенографию органов грудной клетки обоснование

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Хроническая обструктивная болезнь легких, обострение средней тяжести. ДНО Обоснование

4. Для выяснения причины Дневной сонливости пациента рекомендуется проведение

ночной оксиметрии с последующим уточнением диагноза с помощью полисомнографии обоснование

5. Для купирования симптомов обострения хронической обструктивной болезни легких пациенту рекомендуется назначить

бронхолитики и системные глюкокортикостероиды обоснование

6. Помимо бронхолитической терапии, пациенту необходимо назначить

• муколитический препарат Обоснование

7. Нефармакологическая терапия у данного пациента включает

• отказ от курения Обоснование

8. Показанием к назначению антибактериальной терапии у данного пациента является

наличие усиления одышки, слизисто гнойного характера мокроты Обоснование

9. Наиболее вероятным возбудителем обострения у пациента является

haemophilus influenzae Обоснование

10. Для лечения стабильной хронической обструктивной болезни легких при высоком риске обострений предпочтительно назначить

комбинацию длительно действующих антихолинергических препаратов и длительно действующих бета агонистов Обоснование

11. После последнего обострения хронической обструктивной болезни легких необходимо повторное выполнение спирометрии через 3 месяца Обоснование

12. Необходимо предусмотреть вакцинацию против

гриппа и пневмококковой инфекции

**Ситуационная задача №73**

Ситуация

Женщина, 39 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

Эпизоды одышки, которые могут возникнуть при повседневных физических нагрузках (медленной ходьбе, подъеме на 1 этаж), в т.ч. ночью, при эмоциональных нагрузках. Сопровождаются интенсивным, приступообразным кашлем с легко отделяемой слизистой мокротой в течение всего дня, но преимущественно утром, без запаха и примеси крови. Периодически возникают свистящие хрипы.

Анамнез заболевания

• Работает бухгалтером. В детстве болела пневмонией, часто болела ОРВИ (1-2 раза в год), после выздоровления длительное время отмечался кашель. В зрелом возрасте после простудных заболеваний так же отмечался длительный кашель, но к специалистам не обращалась. Аллергия на кошачью шерсть, проявляется слезотечением.

Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит и никогда не курила.

Анамнез жизни

Впервые вышеперечисленные жалобы ПОЯВИЛИСЬ 2 года назад во время отдыха в санатории в Краснодарском крае, по возвращению домой симптомы исчезли, беспокоил только сухой кашель с трудно отделяемой мокротой. Не обследовалась, лечение не получала.

Настоящее ухудшение заболевания 1 месяц назад, после перенесенного простудного заболевания.

Объективный статус

Общее состояние больного: средней степени тяжести.

Конституция: гиперстеническая. Рост: 182 см. Вес: 100 кг. ИМТ: 30,19 кг/м². Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 удм. Ад 130 80 мм.рт.ст.

Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову 12x10X8 CM.

Стул в норме. Диурез адекватный. Грудная клетка правильной формы, при пальпации безболезненна. ЧДД 22 в МИН. Аускультация легких: дыхание проводится по всем полям.

Множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 3)

общий анализ крови с лейкоцитарной формулой обоснование

цитологический анализ мокроты Обоснование

специфический Ig E к эпителию КОШКИ В Сыворотке крови Обоснование

2. Для постановки диагноза необходимо назначить (выберите 2)

спирометрию с бронходилатационным тестом Обоснование

пульсоксиметрию Обоснование

3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Аллергическая бронхиальная астма, средней степени тяжести, персистирующая, неконтролируемая. Сенсибилизация к эпидермальным (шерсть кошки) аллергенам

4. Мониторинг пиковой скорости выдоха служит для определения уровня контроля симптомов

бронхиальной астмы

5. В качестве базисной терапии данной пациентке необходимо назначить

• низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующие бета агонисты Обоснование

6. Снижение объема терапии (переход на ступень вниз) показано при достижении и сохранении стабильного КОНТРОЛЯ ≥ (пороговое значение)

• 3-х месяцев Обоснование

7. Для оценки контроля бронхиальной астмы рекомендуется использовать вопросник

• ACQ-5 и тест по контролю над астмой (ACT) обоснование

8. Пациентам при обострении бронхиальной астмы рекомендуется проводить

рентгенографию органов грудной клетки в прямой проекции обоснование

9. Показанием к назначению тиотропия бромида больным с бронхиальной астмой является

• наличие хотя бы 1-го обострения, потребовавшего госпитализации Обоснование

10. Пациентке необходимо рекомендовать

• снизить массу тела, ограничить контакт с аллергеном Обоснование

11. Пациентам с бронхиальной астмой средней и тяжелой степенью тяжести рекомендовано проводить вакцинацию

• против гриппа и пневмококковой инфекции обоснование

12. Пациентке необходимо обратиться к врачу первичного звена в течение после выписки

24 часов обоснование

**Ситуационная задача №74**

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.

Жалобы

На лихорадку до 37-38,5°C c ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

• иные хронические заболевания отрицает не курит, алкоголем не злоупотребляет • профессиональных вредностей не имела• аллергических реакций не было

Анамнез жизни

В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интесивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первои беременносТИ БЫЛ Выявлен

митральный стеноз легкой степени.

Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Год назад в связи с прогрессированием Симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Пять месяцев назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения В удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6). Лихорадку с подъемами - температуры до 37,5°С стала отмечать в течение последнего месяца.

Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5°С, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхожением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела - 38,5°С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м². При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений -24 в ипуту, респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений-115 ударов в минуту. Артериальное давление -90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову -13(2)x9x9 CM. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеисускание со слов без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

1. К необходимым в данной ситуации-инструментальным методам исследования относятся (выберите 2)

• Допплер-ЭХО-КГ Обоснование

• чреспищеводная допплер-ЭХО-КГ Обоснование

2. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования ОТНОСЯТСЯ (Выберите 5)

исследование крови на гемокультуру Обоснование

исследование свертываемости крови Обоснование

общеклинический анализ крови Обоснование

• общеклинический анализ мочи Обоснование

• биохимический анализ крови Обоснование

3. Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является

. Ранним протезным обоснование

4. По течению инфекционный эндокардит у данной пациентки является

• острым обоснование

5. При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

• Лукина-Лимбмана Обоснование

6. При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

Джейнуэя обоснование

7. Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

• в период подъема температуры тела Обоснование

8. Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента, согласно современным рекомендациям, потребуется консультация кардиолога, сердечно сосудистого хирурга и

• инфекциониста обоснование

9. На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает ,римфапицин и генатимицин

• ванкомицин Обоснование

10. Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит неделю (ль)

6 Обоснование

11. На седьмые сутки пребывания в стационаре пациентка стала ощущать боль в правой подколенной области, чувство онемения в дистальных отделах правой нижней конечности. При осмотре: выраженный отек правой стопы и голени, конечность В полусогнута в коленном суставе, любые активные и пассивные движения болезненны, конечность холодная на ощупь, пульсация на сосудах голени и стопы ослаблена. При осмотре правая подколенная ямка склажена, в подколенной области пальпируется образование овальной формы, плотное, пульсирующее, слабо эластичное, умеренно болезненное, не смещаемое при пальпации, размером 3,0х4,0 см. По данным ультразвукового сканирования Данной области лоцирован неравномерно расширенный до 5,0 см в диаметре сосуд, в просвете пристегночные гиперэхогенные массы, при цветном картировании - турбулентный кровоток. Через несколько часов после интенсивного болевого приступа в подколенной области появилась гематома. Данное состояние позволяет заподозрить

• септическую артериальную эмболию Обоснование

12. После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антиботикопрофилактику следует проводить при

• стоматологических процедурах Обоснование

**Ситуационная задача №75**

Ситуация

Больная 37 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту.

Жалобы

На периодически возникающую боль в эпигастральной области умеренной интенсивности, возникающую через 20-30 минут после приема пищи, без иррадиации.

Анамнез заболевания

хронические заболевания - отрицает; не курит, алкоголем не злоупотребляет;

. профессиональный анамнез: работает периодически сутками, не всегда бывает возможность на работе полноценного приема пищи, Длительные перерывы между приемами пищи, также любит горячие напитки; аллергических реакций не было; • наследственность: у матери язвенная болезнь желудка

Анамнез жизни

Считает себя больной около 2-х лет. На прием раннее не обращалась. Пару дней назад была на новогоднем корпоративе, после которого самочувствие ухудшилось: вновь появилась боль в эпигастральной области после еды, а также отрыжка и изжога, в связи с чем обратилась к врачу.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,0 °С. Больная нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластичная, границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье на 1,5 безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен тонким белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брошины пет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются (выберите 2)

клинический анализ крови

• анализ кала на скрытую кровь

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

• исследование С13-уреазный тест на H.pylori Обоснование

. ЭДГС обоснование

• УЗИ органов брюшной полости Обоснование

3. Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

. Хронический Helicobacter pylori ассоциированный гастрит в фазе обострения с синдромом диспепсии Обоснование

4. Эрадикация Н. Pylori в Данном клиническом случае

• обязательна обоснование

5. Терапией первой линии эрадикации H.Pylori является

• тройная эрадикационная терапия Обоснование

6. К дополнительным методам исследования функциональной диспепсии ОТНОСЯТСЯ

• суточное мониторирование рН в пищеводе и желудке обоснование

7. В данной клинической ситуации необходимо назначить в первую очередь

зрадикационную терапию Н.Pylori Обоснование

8. В трехкомпонентную схему зрадикации, помимо ингибиторов протонной помпы, входят

• кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки Обоснование

9. Функциональную диспепсию необходимо дифференцировать с

• синдромом тревоги обоснование

.

10. Для нормализации аккомодации фундального отдела желудка, улучшения эвакуации содержимого желудка лучше назначить препарат

иберогаст Обоснование

11. При использовании эндоскопических методов диагностики H.pylori берут как минимум желудка

• 2 биоптата из тела и 1 биоптат из антрального отдела обоснование

12. Контроль эрадикации после зрадикационной терапии проводится не ранее

4-6 недель Обоснование

**Ситуационная задача №²76**

Ситуация

Женщина 54 года, первичное плановое обращение к врачу общей практики.

Жалобы

Наличие расширенных вен на обеих нижних конечностях, тяжесть, утомляемость, отёчность голеней к вечеру; так же беспокоят боли в коленных суставах механического характера, больше справа, затрудняющие ходьбу, особенно спуск по лестнице, ограничение сгибания в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания

Наследственный анамнез - отец умер предположительно от инфаркта в 63 года, матери 76 лет, страдает артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа. Аллергию на медикаменты отрицает. Травмы мелкие. Операции: аппендэктомия в 16 лет, холецистэктомия в 48 лет по поводу острого калькулезного холецистита. Инфекционный анамнез: перенесла гепатит А в 10 лет. Обследована по месту работы на ВИЧ, гепатит В, туберкулез: результат отрицательный (со слов). Хронические заболевания отрицает, медикаменты постоянно не принимает. Эпизодически отмечает пОДЪЕМЫ АД ДО 155-160/95-100 мм рт. ст.

Гинекологический анамнез: беременностей 5 (2 физиологических родов, 2 медицинских аборта, 1 невынашивание в раннем сроке), менопауза с 52 лет. Специальной диеты не придерживается, физическая активность низкая. Не курит. Алкоголь употребляет эпизодически в малых дозах. Работает продавцом-кассиром. Результаты предыдущих обследований не предоставлены.

Анамнез жизни

Расширенные вены на ногах появились приблизительно в 25 лет после родов, за истекший период заболевание медленно прогрессировало. Мать также страдает варикозной болезнью.

Последние пять лет отмечает потемнение, уплотнение кожи в области медиальных лодыжек, больше слева. Самостоятельно использует мазь с Троксерутином, периодически - эластическое бинтование голеней. Боль и ограничение подвижности в коленных суставах беспокоят около трех лет, местно на область набольшей болезненности использует мази с

противовоспалительным и анальгетическим действием, при сильной боли принимает Ибупрофен и комбинированный препарат Глюкозамина и Хондроитина (самоназначение). Травмы коленных CycTaBOB, острый тромбоз глубоких вен отрицает. Ранее с вышеописанными жалобами к врачу не обращалась. Настоящее ухудшение связывает с недавней интенсивной работой на садовом участке.

Объективный статус

Температура 36,5°С. Рост 164 см, вес 89 кг. АД 154/94 мм рт. ст., ЧСС 78 в мин. Физиологические отправления в норме (со слов).

Местный статус: при ходьбе слегка прихрамывает на правую ногу. При сравнительном осмотре нижних конечностей на обеих голенях голени по наружно-медиальной поверхности - варикозные вены более 1 см. в диаметре, диффузные сетчатые вены, в области медиальных лодыжек бурая пигментация кожи, периферических отеков нет, пульсация артерий на всех уровнях. Обращает на себя внимание дефигурация обоих коленных суставов без признаков местного воспаления, а также двустороннее плоскостопие.Активное и пассивное сгибание в правом коленном суставе умеренно ограничено из-за боли и скованности, пальпаторно при сгибания определяется крепитация в обоих коленных суставах, признаков синовита нет.

1. Для установки окончательного диагноза заболевания вен

• Дополнительные исследования не требуются Обоснование

2. Для установки окончательного диагноза заболевания коленных суставов

. Дополнительные исследования не требуются обоснование

3. Симптомы хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей вызваны

Варикозным расширением поверхностных вен Обоснование

4. Оцените степень хронической венозной недостаточности (ХВН) по базовой (клинической) классификации CEAP

• C4aS Обоснование

5. Боль и нарушение функции коленных суставов вызваны

• остеоартрозом (остеоартритом)Обоснование

6. Основным механизмом развития венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

. рефлюкс крови из глубоких вен в поверхностные обоснование

7. Основной причиной (фактором риска) развития заболевания коленных суставов у данной пациентки является

• ожирение обоснование

8. Оптимальным методом лечения венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

• хирургическое удаление/ облитерация варикозных вен Обоснование

9. Наиболее эффективным метод консервативного лечения венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

• ношение компрессионного трикотажа обоснование

10. Наиболее эффективным мероприятием, которое позволяет замедлить дегенерацию суставного хряща и прогрессирование остеоартроза коленных суставов является

• снижение веса Обоснование

11. Эффективным мероприятием, которое способно снизить боль в коленных суставах, уменьшить скованность и улучшить функциональную активность

является лечебная физкультура (упражнения для укрепления мышц бедра) Обоснование

12. У пациента с заболеванием вен нижних конечностей

использование флеботропных препаратов способно уменьшить субъективные симптомы ХВН обоснование

**Ситуационная задача №77**

Ситуация

Пациентка 30 лет обратилась к врачу общей практики в поликлинику.

Жалобы

Повышение температуры, слабость, боли в поясничной области, неприятные ощущения при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Раньше подобных заболеваний не было. Страдает хроническим циститом, обострения бывают 2-3 раза в год. Периодически отмечает явления вульвовагинита, у гинеколога не наблюдается.

Работает продавцом. Вредных производственных факторов нет.

Анамнез жизни

Больна в течение двух дней, когда появились боли в поясничной области справа, повысилась температура до 38,7°С с ознобом, со слов была мутная моча. Накануне заболевания отмечает переохлаждение. К врачу не обращалась, принимала жаропонижающие средства.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы, чистые. Температура 38,3°С. Слизистая ротоглотки, миндалин – без патологических - изменений.

Лимфоузлы не увеличены. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

Пульс = ЧСС = 108 уд. в 1 мин.

Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого положителен справа. Диурез со слов не изменялся, стул нормальный. На данный момент беременность исключает. Врач общей практики заподозрил заболевание почек, предложил госпитализацию. Пациентка категорически отказалась.

1. Предварительный диагноз будет сформулирован следующим образом

- Острый правосторонний пиелонефрит средней степени тяжести. Хронический цистит, обострение обоснование

2. Необходимыми лабораторными и инструментальными методами диагностики являются (выберите 5)

общий анализ крови Обоснование

определение уровня глюкозы, креатинина, СКФ, С-реактивного белка в сыворотке крови Обоснование

. Общий анализ мочи Обоснование

• выполнение бактериологического исследования мочи с определением чувствительности к антибиотикам Обоснование

УЗИ почек и мочевого пузыря Обоснование

3. Основным фактором риска развития пиелонефрита у данной пациентки является

хроническая инфекция мочеполовой системы обоснование

4. Показанием для экстренной госпитализации является

острый вторичный пиелонефрит (необходимость экстренного восстановления пассажа мочи С целью предотвращения осложнений) Обоснование

5. Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента потребуется консультация

• уролога обоснование

6. Наиболее вероятным предполагаемым возбудителем заболевания у пациентки является

escherichia coli Обоснование

7. Для эмпирической антибактериальной терапии острого неосложненного пиелонефрита в качестве терапии первой линии показано назначение

фторхинолонов Обоснование

8. Оценка эффективности эмпирической стартовой терапии проводится через часов

• 48 Обоснование

9. Длительность антибактериальной терапии острого неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения составляет дней

• 7-10 Обоснование

10. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром пиелонефрите составляют

• 25-40 обоснование дней

11. За пациентами, перенесшими острый пиелонефрит, устанавливается диспансерное наблюдение сроком не менее

1 года Обоснование

12. Повторное бактериологическое исследование мочи проводится

• при рецидиве заболевания в течение 2-х недель Обоснование

**Ситуационная задача №78**

Ситуация

Женщина, 69 лет, обратилась к врачу общей практики (семейному врачу).

Жалобы

Повышение АД до 170/90 мм рт. ст., головную боль, умеренную сухость во рту, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчесов, чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе и подъёме на 3 этаж.

В последнее время отмечает нарушение зрения.

Анамнез заболевания

У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,6 кг. Перенесла холецистэктомию (в 45 лет).

Анамнез жизни

Указанные жалобы появились и нарастали в течение года. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью, АД колеблется в пределах 150-180/80 90 ММ РТ. СТ. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, стенокардией напряжения. В возрасте 60 лет пациентка перенесла инфаркт миокарда. С этого времени состояние её оставалось стабильным. Принимает эналаприл (10 мг/сут), метопролол (50 мг/сут), аспирин (125 мг/сут), симвастатин (20 мг/сут) гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1000 мг/сут).Контрольные явки диспансерного наблюдения посещает нерегулярно.

Объективный статус

Кожные покровы И СЛИЗИстые физиологической окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохранена. Стул и диурез не нарушены. Был проведён скрининг на синдром старческой астении по опроснику «Возраст не помеха» 2 балла. Прошла флюорографию: легочные поля без патологических теней; легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза корни структурны диафрагма и синусы четкие; сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена. Самостоятельно обратилась офтальмологу: выставлен диагноз Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).

1. Выберите необходимые лабораторные методы обследования в рамках диспансерного наблюдения пациентки (выберите 4)

• общий анализ крови Обоснование

- общий анализ мочи, анализ на альбуминурию обоснование

• определение глюкозы крови натощак, гликированного гемоглобина (HBA1c) Обоснование

. биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, Хлнп, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ) Обоснование

2. Выберите необходимые инструментальные методы обследования (выберите 4)

. ЭКГ Обоснование

ЭХО-кардиографическое исследование Обоснование

допплеровское исследование брахиоцефальных артерий обоснование

• УЗИ почек Обоснование

3. Основной диагноз пациентки

• Сахарный диабет 2 типа, целевые значения НЬA1c (< 8,0%) Обоснование

4. У пациентки гипертоническая болезнь стадии, степени, риск гипертрофия миокарда левого желудочка

• III, 3, 4 (очень высокий) обоснование

5. У пациентки имеется ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от «дата»), стенокардия напряжения функционального класса

• II Обоснование

6. У пациентки сердечная стадия с сохранной фракцией выброса стадии, функционального класса

1, 1 обоснование

7. У пациентки Хроническая болезнь почек стадии, альбуминурия

• ЗА, умеренная (А2) Обоснование

8. У пациентки абдоминальное ожирение Дислипидемия

1 Обоснование

9. Диагноз «Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD)» является проявлением

Диабетической микроангиопатии Обоснование

10. Модифицируемыми факторами риска у данной пациентки являются: ожирение, артериальная гипертензия, гипергликемия, а также

• дислипидемия обоснование

11. У данной пациентки целевыми являются показатели артериального давления мм.рт.ст.,

частоты сердечных cokpaщений минуту, общего холестерина ударов в ммоль/л, ЛПНП

ММОЛЬ/Л, ТГ менее ммоль/л

130-139/80-90; 50-60; 4,0; 1,4; 1,7

12. Наиболее оптимальной схемой терапии данной пациентки будет назначение (преимущественно в виде фиксированных комбинаций) препаратов: ингибитор АПФ, дигидропиридиновый антагонист кальция, высокоселективный бета адреноблокатор, метформин, ацетилсалициловая кислота и

статин Обоснование

**Ситуационная задача №79**

Ситуация

Мужчина 54 года на приеме у врача общей практики.

Жалобы

приступы удушья с дистанционными сухими хрипами до 7-8 раз в сутки, в том числе до 2-3 раз в ночные часы одышка смешанного характера при минимальной физической нагрузке (подъем менее 2-х этажей), малопродуктивный приступообразный мучительный кашель с вязкой желтоватой мокротой, . Общая слабость.

Анамнез заболевания

.Работает инженером.Перенесенные заболевания: ЖКБ. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, контакты с инфекционными больными отрицает. • Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность: не отягощена. • Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни

Больным себя считает более 20 лет, когда появилась одышка, кашель. Сначала наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 10 лет назад установлен диагноз «бронхиальная астма>>. Наблюдается у терапевта по месту жительства. Обострение ежегодно 2-3 раза в год, в осенне весенний период. Амбулаторно принимает формотерол в комбинации С будесонидом 12/400 по 1 дозе 2 раза в день, тиотропий бромид 5 мкг в сутки, Фенотерол в комбинации с ипратропия бромид при удушье.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Масса тела 84 кг, рост 161 см, ИМТ =32,4 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Язык обложен белым налетом. Кожные покровы физиологической окраски. Высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Грудная клетка не деформирована. Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочной звук, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом, единичные свистящие хрипы по передней поверхности грудной клетки. Шум трения плевры нет. ЧДД 20. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/100 мм рт.ст. ЧСС 80 уд. в мин. Перкуторно границы сердца не увеличены. Живот мягкий безболезненный. Симптом раздражения брюшины нет. Стул и диурез без особенностей.

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

общий анализ крови Обоснование

общий анализ мокроты Обоснование

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

спирометрия с бронходилататором Обоснование

3. У данного пациента предполагается

• Неаллергическая бронхиальная астма средней степени тяжести, частично контролируемая ОбоснованИе

4. Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора по объему форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) составляет не менее %

коэффициент бронходилатации

• 12 Обоснование

5. В качестве базисной терапии следует назначить

• низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и длительнодействующие В<sub>2</ sub>-агонисты обоснование

6. Назначенная базисная терапия соответствует - ступени терапии

. З обоснование

7. Исследование газов артериальной крови рекомендуется при снижении сатурации крови (SpO2)s % (пороговое значение)

• 92 обоснование

8. У больных с обострением бронхиальной астмы не рекомендуется применение

• муколитиков Обоснование

9. Сопутствующим заболеванием у данного пациента является

ожирение 1 степени обоснование

10. Противогриппозную вакцину пациенту следует

делать 1 раз в год Обоснование

11. Пациент относится к группе состояния здоровья

III a Обоснование

12. Кратность посещения врача пульмонолога в рамках средней степени тяжести диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой составляет

2 раза в год Обоснование

**Ситуационная задача №80**Ситуация: Женщина 55 лет на приеме у врача общей практики.  
Жалобы: На общую слабость, возникающую при повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: Не работает, не курит, алкоголь не употребляет. В течение последних 5-ти лет отмечает прогрессирующее повышение массы тела. Хронических заболеваний нет. У матери-сахарный диабет 2 типа.  
Анамнез жизни: Отмечает повышение давления в  
течение года максимально до 170/100 мм рт.ст., периодически ЭКГ определяются признаки самостоятельно принимала различные антигипертензивные препараты. На  
гипертрофии миокарда левого желудочка.  
Объективный статус: Сознание ясное, общее состояние  
удовлетворительное, кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 162, вес 78 кг, ИМТ 29 кг/м², окружность талии 90СМ. Правая граница относительной сердечной тупости + 1 см от правого края грудины, левая граница - + 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя граница -на уровне III ребра. ЧСС 74 в 1 минуту, АД 150/100 мм. рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 в 1 минуту, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень - по краю реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.  
**1. Пациентке следует рекомендовать (выберите 4)**  
- Определение липидного спектра крови   
 -общий анализ мочи с определением . наличия белка в суточной порции   
-биохимический анализ крови с определением креатинина, глюкозы, электролитов   
-общий (клинический) анализ крови

**2. Для уточнения степени компенсации гликемии необходимо определить уровень**• гликированного гемоглобина Обоснование  
**3. У больных с артериальной гипертензией для оценки состояния почек также необходимо определять концентрацию в крови**  
• мочевой кислоты   
**4. Данной пациентке на основании результатов обследования можно поставить диагноз**  
• Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД, очень ВЫСОКИЙ РИСК. Сахарный диабет II типа, декомпенсация Обоснование  
**5. Для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение**  
-эхоКГ обоснование  
**6. У пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском рекомендовано**• исследование глазного дня

**7. У данной пациентки незамедлительная медикаментозная терапия артериальной гипертензии**-обусловлена наличием второй степени повышения АД **8. Препаратами выбора для коррекции артериальной гипертензии у данной пациентки являются**• ингибиторы АПФ + антагонисты кальция обоснование **9. У данной пациентки целевым уровнем артериального давления является: САД мм рт. ст., ДАД …..ММ РТ. СТ.**• 120-130; 70-80 Обоснование **10. Для коррекции артериального давления целесообразно рекомендовать**• регулярные аэробные физические нагрузки

**11. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через дни** -15

**12. Пациентка относится к группе состояния здоровья**• Illa

**Ситуационная задача №81**

Ситуация: Мужчина 47 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы: На боли в эпигастрии, возникающие через 3-4 часа после приема пищи, тошноту, периодически рвоту съеденной пищей.

Анамнез заболевания: Образование высшее, работает геологом: частые командировки. Алкоголь не употребляет, курит 1 пачку сигарет в день на протяжении 25 лет. Мать страдает гипертонической болезнью, отец - язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Анамнез жизни: Впервые появление болей после приема пищи отметил год назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал Альмагель. Последнее ухудшение состояния отметил неделю назад.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Рост 175 см, вес 65 кг, ИМТ 21 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 уд/мин., АД 120/70 MM. рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии, а также умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки. Отмечается положительный симптом Менделя. Печень и селезенка не увеличены.

**1.Пациенту следует рекомендовать (выберите 4)**

-эзофагогастродуоденоскопию с биопсией обоснование

диагностику инфекции H.pylori Обоснование

-мониторирование внутрижелудочного рн Обоснование

-общий (клинический) анализ крови Обоснование

**2. Диагноз пациента звучит как**  
• Язвенная болезнь: язва луковицы двенадцатиперстной кишки ассоциированная с H.pylori   
**3. Оптимальной схемой эрадикационной терапии для данного пациента является**  
• стандартная тройная с кларитромицином

**4. Схемой выбора при непереносимости пациентом препаратов группы пенициллина является**  
• классическая четырехкомпонентная на основе висмута Обоснование  
**5. Обязательным компонентом схемы эрадикационной терапии, помимо антибиотиков, является**  
• ингибитор протонной помпы Обоснование  
**6. Для контроля эрадикации H.pylori не может быть использован метод**  
• выявления антител к Н.pylori в крови Обоснование  
**7. В случае, если классические эрадикационные схемы не эффективны, терапия 3-й линии основана на определении**  
-чувствительности H.pylori к антибиотикам

**8. Право назначить тройную терапию с левофлоксацином имеет только**  
• гастроэнтеролог Обоснование  
**9. Для профилактики рецидивирования язвенной болезни данному пациенту необходимо рекомендовать отказ от**  
-курения   
**10. Одним из показаний к хирургическому лечению язвенной болезни является**-перфорация язвы   
**11. После эпителизации язвенного дефекта санаторно-курортное лечение можно рекомендовать через**• 2-3 месяца   
**12.Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_\_ дней:**15

**Ситуационная задача №82**  
Ситуация: Мужчина 40 лет на приеме у врача общей практики.  
Жалобы: На головную боль давящего характера, преимущественно в затылочной области, повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст.  
Анамнез заболевания: Работает бухгалтером, курит около 20 сигарет в день на протяжении 20 лет, алкоголь употребляет умеренно. Хронических заболеваний нет. У отца инфаркт миокарда в анамнезе.  
Анамнез жизни: Выше описанные жалобы отмечает в течение последнего года. Они усиливались после нервного перенапряжения. При повышении артериального давления выше 170/100 мм рт.ст. обращался за медицинской помощью, принимал коротко действующие иАПФ, однако рекомендованные на постоянной основе антигипертензивные препараты не принимал.

Объективный статус: Сознание ясное, общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 179, вес 75 кг, ИМТ 25 кг/м², окружность талии 81см. Правая граница относительной сердечной тупости + 1 см от правого края грудины, левая граница + 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя граница-на уровне III ребра. ЧСС 74 в 1 минуту, АД 150/100 мм рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 в 1 минуту, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.  
**1. Пациенту следует рекомендовать (выберите 4)**  
-определение липидного спектра крови обоснование  
-общий анализ мочи с определением наличия белка в суточной порции Обоснование  
-биохимический анализ крови с определением креатинина, глюкозы, электролитов Обоснование  
-общий (клинический) анализ крови Обоснование

**2. Для выявления нарушения функции почек пациенту с артериальной гипертензией необходимо определить**  
• скорость клубочковой фильтрации   
**3. У пациента на ЭКГ имеются признаки**  
гипертрофии левого желудочка

**4. Данному пациенту на основании результатов обследования можно поставить диагноз**  
Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД, высокий риск Обоснование  
**5. Для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение**  
ЭхоКГ Обоснование  
**6. У пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском рекомендовано**  
-исследование глазного дня

**7. Незамедлительная медикаментозная терапия артериальной гипертензии у  
данного пациента обусловлена**• степенью повышения артериального давления обоснование  
**8. Для коррекции артериальной гипертензии данному пациенту целесообразно назначить**  
-блокаторы ренин-ангиотензиновой системы + антагонисты кальция  
**9. У данного пациента целевым уровнем артериального давления является: САД мм рт. ст., ДАД ММ РТ. СТ.**• 120-130, 70-80   
**10. Для коррекции артериального давления целесообразно рекомендовать**-регулярные аэробные физические нагрузки

**11. При лечении неосложненного гипертонического криза для своевременной коррекции терапии в соответствии с изменениями АД оптимальным представляется назначение препарата с периодом полувыведения**

- в/в; коротким

**12. Пациент относится к группе состояния здоровья**

• Illa Обоснование

**Ситуационная задача №83**  
Ситуация: Мужчина 60 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.  
Жалобы: На слабость, обильное мочеотделение преимущественно в ночное время.  
Анамнез заболевания  
Перенесенные заболевания: ОРВИ. Наследственность не отягощена. Вредные привычки-курение 1 пачка в День 30 лет. .  
Анамнез жизни: Более 15 лет страдает подагрой с ежегодными рецидивами артрита первого плюснефалангового сустава. Для купирования принимал индометацин, с эффектом. Диету с низким содержанием пуринов не соблюдал, приверженности к терапии аллопуринолом нет. Более 5 лет артериальная гипертензия с подъемами АД до 160/100 мм рт ст, принимает амлодипин. Последние полгода появились никтурия, полиурия. Со слов больного год назад выявлено повышение креатинина в моче.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы физиологической окраски, эластичность и тургор кожи в норме. Сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Дыхание везикулярное, чдд 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул в норме.  
**1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)**  
-клинический анализ крови Обоснование  
-биохимический анализ крови  
-общий анализ мочи

**2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить**

• расчётную СКФ Обоснование

**3. Клиническая картина в наибольшей степени соответствует**

-хронической болезни почек

**4. Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают**

• уратный нефролитиаз, иммунный гломерулонефрит

**5. Наиболее вероятным диагнозом у больного является**

**-**Хронический уратный. тубулоинтерстициальный нефрит с нарушением функции почек Обоснование

**6. Хроническую болезнь почек у пациента с уратным тубулоинтерстициальным нефритом следует дифференцировать с**

• острым почечным повреждением

**7. Показаниями к госпитализации при подагре являются**

**-**олиго-анурия, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ артрита

**8. Показаниями для назначения урикостатиков являются**

• персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрческой артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией

**9. Общими немедикаментозными принципами лечения подагры с поражением почек являются соблюдение**

• питьевого режима, низкопуриновой диеты Обоснование

**10. К нефропротективному препарату с дополнительным урикозурическим эффектом ОТНОСИТСЯ**• лозартан

**11. К препаратам, способствующим развитию вторичной гиперурикемии, ОТНОСЯТСЯ**• тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин обоснование

**12. К заболеваниям, при которых часто наблюдается вторичная гиперурикемия, ОТНОСЯТСЯ**• ХПН, хроническая свинцовая интоксикация

**Ситуационная задача №84**  
  
Ситуация: Мужчина 21 год обратился в поликлинику к врачу-терапевту.  
Жалобы: На повышение температуры, боли в горле.  
Анамнез заболевания эпид. анамнез: 3 месяца назад имел незащищенный половой контакт  
курение, злоупотребление алкоголем отрицает, профессиональных вредностей не имел  
аллергических реакций не было, наследственность не отягощена  
Анамнез жизни: заболел остро 10 дней назад, когда появилась температура 38,0, потливость в ночные часы и боли в горле. Самостоятельно принимал грамидин, полоскал раствором фурацилина, без эффекта.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы физиологической окраски, эластичность и тургор кожи незначительно снижены. Сыпи нет. Пальпируются затылочные и заднешейные лимфатические узлы до 1 см, плотноэластической  
консистенции, безболезненные. Отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧСС 68 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выходит из-под края реберной дуги на 1 см. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул, диурез в норме.

**1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)**  
-клинический анализ крови Обоснование  
- иммунный блоттинг обоснование

-реакция Хоффа-Бауэра Обоснование  
**2. Необходимыми инструментальными методами обследования для диагностики вторичных заболеваний, выявление которых может повлиять на исход заболевания и тактику лечения пациента, являются**

-УЗИ органов брюшной полости Обоснование  
**3. У данного пациента можно предположить наличие**

• Острой ВИЧ-инфекции, стадия 2-Б: мононуклеозоподобный синдром

**4. Дифференциальную диагностику острой ВИЧ инфекции следует проводить с**

• инфекционным мононуклеозом, краснухой

**5. Целью антиретровирусной терапии является**

• увеличение продолжительности и сохранение (улучшение) качества жизни пациентов

**6. Значимым лабораторным критерием оценки прогрессирования ВИЧ инфекции является**

• уровень CD4 лимфоцитов и вируса в крови

**7. Критериями для начала антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции могут быт**ь  
• уровень CD4 лимфоцитов, концентрация вируса в крови, клиническое течение болезни  
**8. Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции применяют**  
• зидовудин   
**9. Для антиретровирусной терапии при ВИЧ используют**

- ингибиторы обратнойтранскриптазы ВИЧ Обоснование

**10. К оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ относят**

• пневмоцистную пневмонию

**11. С целью выявления ВИЧ инфекции для скрининогового обследования используют**

• иммуноферментный анализ

**12. Хирургическое лечение пациентом с ВИЧ**

• не показано

**Ситуационная задача №85**

Ситуация: Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу-терапевту.

Жалобы: На резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральной область.

Анамнез заболевания • хронические заболевания отрицает, курит

алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имела

аллергических реакций не было отец здоров, мать перенесла. мозговой инсульт.

Анамнез жизни: Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Через полчаса после прихода боль не прошла. Больной в срочном порядке в этот же день обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективный статус: Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд/ мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень селезенка не пальпируются.

**1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- сердечные тропонины

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

-ЭКГ в 12 отведениях

-коронарография

**3. Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является**

- ОКС с подъемом ST Обоснование

**4. Инфаркт миокарда в данном случае следует относить к типу**

-1

**5. Лечением, наиболее предпочтительным для данного пациента, является**

-реперфузионная терапия

**6. Наиболее предпочтительным видом немедекаментозной терапии для данного пациента, если он доставлен в лечебное учреждение в течение 1 часа (менее 120 минут), является**

-чрескожное коронарное вмешательство

**7. Нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты для пациента (если ему экстренно первично будет выполняться чрескожное коронарное вмешательство) составляет**

- 250 мг per os. или 150 мг внутривенно (если per os невозможно)

**8. Анальгетиком для купирования ангинозной боли у пациента является**

-морфин

**9. Антикоагулянт, который не рекомендуется для данного пациента при проведении чрескожного коронарного вмешательства, это**

-фондапаринукс

**10. Пероральной нагрузочной дозой Клопидогреля при первичном чрескожном коронарном вмешательстве является**

**-**600 мг

**11. Прием двойной антитромбоцитарной терапии осуществляется в течение**

-12 месяцев

**12. Рецидивом острого инфаркта миокарда, является событие, развившееся спустя не более чем прошедших с момента первого инфаркта миокарда**

• 28 дней

**Ситуационная задача №86**

Ситуация: Больной 58 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту в связи с ухудшением состояния в течение последних 2-х недель.

Жалобы: Предъявляет жалобы на головные боли в височной области, сухость во рту, жажду, учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания• не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имел; аллергических реакций не было;

наследственность: у отца - ГБ, СД.

Анамнез жизни: Считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые появились головные боли, при измерении АД отмечал повышение до 185/114 мм.рт.ст. Постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день, гипотиазид 12,5 мг утром. В течение последних 3 лет диагностирован сахарный диабет 2 типа, придерживается диеты, принимает Вилдаглиптин и метформин. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последних нескольких недель, когда появились вновь головные боли, стала отмечать жажду и сухость во рту.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Больной гиперстенического телосложения, избыточного питания. имт=32,1 кг/м². Температура тела 36,0°С. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Границы сердца расширены влево, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 87 удара в мин. АД 185/110 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

**1. Необходимыми дляпостановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)**

• ЭКГ в 12 отведениях

• ЭХОКГ

**2. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются:**

-биохимический анализ крови (+гликированный гемоглобин)

**3. Предполагаемым диагнозом является**

-Гипертоническая болезнь 3 степени. повышения АД, 2 стадии, очень ВЫСОКИЙ РИСК

**4. К факторам риска возникновения сердечно сосудистых заболеваний у данного больного относятся**

-мужской пол, гипергликемия

**5. Сочетанным заболеванием у данного пациента является**

-сахарный диабет, 2 типа, ожирение 1СТ

**6. Рациональной комбинацией антигипертензивной терапии у данного пациента является**

-ингибиторы АПФ+ антагонисты кальция

**7. Лекарственные препараты, которые обладают наиболее артериальной гипертензией и сахарным диабетом, являются выраженной органопротекцией в лечении пациентов с**

**-**ингибиторы АПФ

**8. Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является**

-гликированный гемоглобин

**9. Степень артериальной гипертензии определяется на основании**

-оценки степени повышения артериального давления

**10. Для второй стадии ГБ характерно наличие**

-гипертрофия левого желудочка

**11. Органами-мишенями,которые поражаются при гипертонической болезни, являются**

-Почки

**12. Заболеванием, при котором может возникнуть симптоматическая артериальная гипертензия, является**

- гипертиреоз обоснование

**Ситуационная задача №87**

Ситуация: Пациент Н. 42 года, обратился к врачу общей практики.

Жалобы: На сильные боли в плюснефаланговых суставах І-ых пальцев обеих стоп, левом голеностопном суставе, усиливающиеся в ранние утренние часы и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах.

Анамнез заболевания: Пять лет назад обнаружена язва луковицы 12-перстной кишки. Алкоголь употребляет в умеренном количестве.

Анамнез жизни: Впервые на фоне полного благополучия ночью появились сильные, жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава пальца правой стопы около 1,5 лет тому назад. Повысилась температура тела до 38,8°С. Сустав припух, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой, движения в суставе стали невозможны из-за нестерпимой боли. К врачам пациент не обращался, принимал самостоятельно диклофенак100 мг в сутки. Через 3-4 дня боли в I плюснефаланговом суставе правой стопы прошли, через неделю прошла припухлость сустава. Второй приступ боли возник последовал примерно полгода назад, боли в суставе носили

аналогичный характер, сопровождались субфебрилитетом, недомоганием. Эпизодически наблюдаются подъемы артериального давления до 160/100 мм рт. ст.

Объективный статус: Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Температура тела 36,8°С. Рост 176 см, вес - 98 кг. Окружность талии – 102 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно розовые, чистые. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. ЧСС 78 уд в 1 мин. Пульс, ритмичный одинакового наполнения и напряжения с обеих сторон, 78 уд. в 1 мин. АД – 135/75 мм рт. ст. на обеих руках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, край печени мягкий, безболезненный при пальпации.

Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре суставов: дефигурация левого голеностопного суставов и I-ых плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами гиперемирована, локальная гипертермия. Движения в суставах с болезненным ограничением.

**1. Гиперурикемия у пациента будет диагностирована при уровне мочевой кислоты в сыворотке ммоль/л**

- 0,36

**2. «Золотым стандартом» в диагностике подагры является**

- поляризационная микроскопия синовиальной жидкости или содержимого тофуса

**3. При невозмо исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии всем пациентам показано проведение**

- ультразвукового исследования сустава Обоснование

**4. Проведение диагностической пункции сустава для подтверждения диагноза подагры показано**

- всем пациентам на момент осмотра

**5. На ранних этапах болезни не рекомендуется выполнение**

- рентгенологического исследования суставов

**6. Визуальным признаком подагрического поражения сустава при ультразвуковом исследовании является полоска по поверхности гиалинового хряща, не**

**зависящая от угла осмотра**

-гиперэхогенная прерывистая

**7. Для купирования приступа острого подагрического артрита показано назначение препаратов**

-из группы нестероидных противовоспалительных

**8. С учетом того, что у пациента в анамнезе язва луковицы 12 перстной кишки, из нестероидных противовоспалительных препаратов ему показан**

-целекоксиб

**9. Для профилактики приступов артрита всем пациентам в течение первых месяцев после начала уратснижающей терапии необходимо использовать колхицин в суточной дозе мг**

0,5

**10. В качестве препарата первой линии уратснижающей терапии пациенту с нормальной функцией почек рекомендуется назначение**

-аллопуринола

**11. Целевое значение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови на фоне лечения не должно опускаться ниже мкмоль/л**

-180

**12. При наличии артериальной гипертензии у пациентов с подагрой показано назначение**

-лозартана

**Ситуационная задача №88**  
Ситуация: Мужчина 30 лет обратился к врачу терапевту.  
Жалобы: На тупые боли в эпигастральной области больше справа от срединной линии, возникающие через 1,5-2 часа после еды, ночью во время сна. Боли уменьшаются после приема соды, молока. Также жалобы на слабость, повышенную утомляемость, недомогание. На высоте болей несколько раз возникала рвота кислым содержимым, приносящая облегчение.  
Анамнез заболевания: хронические заболевания отрицает, курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам, умеренно, работает системным  
администратором в банке, реакций было, аллергических у отца в анамнезе язвенная болезнь желудка, у матери – ЖКБ, холецистэктомия 10 лет назад.  
Анамнез жизни: Считает себя больным в течение 5 лет, когда периодически стали беспокоить: изжога, особенно после погрешностей в еде, дискомфорт в эпигастральной области, что связывает с нарушением питания. Два года назад весной появились боли в эпигастрии, стихающие после еды, приема антацидов. Боли через 2-3 недели самостоятельно прошли. За медицинской помощью не обращался. Впоследствии боли подобного характера возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее обострение на протяжении 2-х недель, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота кислым содержимым на высоте болей заставила обратиться за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, «черный, дегтеобразный» стул отрицает. За время обострения похудел на 2,5 кг.  
Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 68 кг (ИМТ 21,46 кг/ м²). Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферических отеков нет. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 14 в мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 70 уд/ мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии, больше справа от срединной линии. Печень при пальпации - по краю реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

**1. Для исключения скрытого желудочно-кишечного кровотечения у пациента с подозрением на язвенную болезнь следует провести (выберите 2)**

- клинический анализ крови

-анализ кала на скрытую кровь

**2. Диагноз язвенной болезни может быть подтверждён при проведении**

- эзофагогастродуоденоскопии с быстрым уреазным тестом

**3. Для диагностики инфицирования H. pylori, помимо 13С-дыхательного уреазного теста, показано проведение**

-определения антигена H. pylori в кале

**4. Предполагаемым основным Диагнозом является**

- Язвенная болезнь луковицы. двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с H. pylori, впервые выявленная, стадия обострения. Хронический антральный гастрит, стадия обострения

**5. Отсутствие у пациента рвоты "кофейной гущей" и мелены клинически свидетельствует против наличия**

-кровотечения

**6. К факторам риска развития язвенной болезни у пациента можно отнести**

-курение

**7. В качестве медикаментозной терапии первой линии пациенту показано назначение**

• ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки; кларитромицина 500 мг 2 раза в сутки; амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки

**8. Повысить эффективность стандартной терапии можно**

- увеличением продолжительности тройной терапии до 14 дней

**9. «Золотым стандартом» контроля полноты эрадикационной терапии язвенной болезни, ассоциированной с H. pylori, является**

-13С-уреазный дыхательный тест

**10. Пациенту показано диспансерное наблюдение на протяжении лет**

- 5

**11. Диспансерное наблюдение пациента должно проходить с интервалом раз в 12 месяцев**

1

**12. Плановая госпитализация пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки показана при**- обострении язвенной болезни с наличием осложнений в анамнезе

**Ситуационная задача №89**

Ситуация: На приём к участковому терапевту обратился мужчина 67 лет.

Жалобы: На периодическую сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание; слабость в ногах при подъёме по лестнице, боли в ногах в ночное время суток, снижение болевой и температурной чувствительности, онемение CTOП.

Анамнез заболевания: В детстве рос и развивался согласно возрастным нормам. В настоящий момент на пенсии. Ведёт малоподвижный образ жизни. В течение последних 15 лет стало повышаться АД до 170 и 100 мм рт. ст., был выставлен диагноз артериальная гипертензия. 4 года назад перенес инфаркт миокарда. Жалоб на загрудинные боли никогда не предъявлял. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 5 мг 1 раз в сутки и индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки. Наследственность отягощена: мать страдала сахарным диабетом, артериальной гипертонией, умерла от инсульта. Туберкулёз, ВИЧ, сифилис, гепатиты отрицает.

Аллергических реакций, в том числе на лекарственные препараты, не отмечает. Пациент курит 45 лет, в настоящий момент до 15 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Питание нерегулярное.

Анамнез жизни: 7 лет назад при оформлении на санаторно-курортное лечение была обнаружена гликемия 7,5 ммоль/л натощак. Был направлен на консультацию к эндокринологу, но пациент рекомендациюпроигнорировал. Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание беспокоят около 5 лет. В течение последних 2-х лет они стали более выраженными, присоединились вышеописанные жалобы со стороны нижних конечностей. Перенёс инфаркт миокарда 4 года назад, проведено стентирование правой коронарной аретерии. Страдает артериальной гипертензией около 15 лет. Объективный статус Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост - 172 см, вес - 101 кг, индекс массы тела - 34,2 кг/м². Окружность талии - 98 см. Температура тела 36,6°С. Кожные

Объективный cтaTyc: Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост - 172 см, вес - 101 кг, индекс массы тела - 34,2 кг/м². Окружность талии - 98 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые бледно розовые, умеренной влажности. Лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. При осмотре нижних конечностей - гиперкератоз стоп. Ноги тёплые. Пульсация на артериях стоп сохранена, симметрична с обеих сторон. При обследовании выявлено снижение вибрационной, болевой, тактильной и температурной чувствительности, снижение сухожильных рефлексов. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации - везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости сердца: смещение левой границы влево на 1см. Тоны сердца тихие, ритмичные. ЧСС-88 в минуту. АД - 145 и 75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**1. Для диагностики сахарного диабета пациенту показано проведение исследования (выберите**

-глюкозы плазмы натощак

- гликированного гемоглобина (НВА1С)

**2. Предполагаемый основной диагноз у пациента**

-Сахарный диабет 2 типа

**3. Характер жалоб и данные осмотра нижних конечностей свидетельствуют о наличии у пациента**

- диабетической сенсомоторной нейропатии

**4. Дополнительным методом обследования при неэффективности стандартной терапии диабетической нейропатии в течение 6 мес. является**

-электронейромиография

**5. Сопутствующими заболеваниями у данного пациента являются**

- ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после стентирование ПКА. Артериальная гипертония 3 стадия, очень высокий риск сердечно сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст. (по ВОЗ) Обоснование

**6. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HBA1C < %**

-8

**7. Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов для данного пациента является**

- метформин и агонист рецепторов • ГПП-1

**8. Данному пациенту в связи с**

**перенесённым инфарктом миокарда со стентирование 4 года назад в качестве вторичной профилактики сердечно сосудистых осложнений показаны**

-антиагреганты и статины

**9. Повторный контроль НвА1С после начала Сахароснижающие терапии данному пациенту необходим через-** 3 месяца

**10. У данного пациента необходимо добиваться снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотгости менее**

**-**1,4 ммоль/л

**11. Рекомендации по изменению образа жизни данному пациенту включают**

**-**отказ от курения, диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю

**12. При наличии показаний для назначения бета адреноблокату больных сд предпочтение следует отдать**

-небивололу

**Ситуационная задача №90**

Ситуация: Женщина, 63 года обратилась к врачу общей практики.

Жалобы: На боли в коленных суставах, усиливающиеся вовремя и после ходьбы, в конце дня, уменьшающиеся в покое, хруст при движении в коленных суставах, скованность утром до 30 минут.

Анамнез заболевания: Не работает, пенсионер. Семейный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1-2 раз в год). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Анамнез жизни: Боли в коленных суставах появились около 20 лет назад. Лечилась самостоятельно, используя мази, принимала НПВП. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 3-х дней, когда после длительной ходьбы боли в коленных суставах усилились, появилась

припухлость. Травмы отрицает. При диспансерных обследованиях ранее патологии в анализах крови и мочи не выявлялось.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Нормостенического телосложения, повышенного питания. POCT 164 см, вес 78 кг, ИМТ=29 кг/м².

Походка анталгическая. При осмотре коленных суставов отмечается варусная деформация, дефигурация. Крепитация при движении. Ограничено сгибание и разгибание суставов. Гипотрофия мышц голеней и бедер. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы.

Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет. Стул и диурез в норме.

**1. Для постановки диагноза необходимо получить данные**

-клинического анализа крови

**2. В качестве дообследования пациенту необходимо провести**

- рентгенографию коленных суставов

**3. Основным предполагаемым диагнозом является**

**-**Двусторонний гонартроз

**4. К факторам риска прогрессирования заболевания у данной пациентки можно отнести**

-высокий индекс массы тела

**5. При сильной боли в суставах лечение следует начинать с**

-нестероидных противовоспалительных препаратов

**6. Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов может привести к**

-поражению почек обоснование

**7. Комплексная терапия остеоартроза должна включать**

-хондроитин сульфат

**8.** **Пациентке была назначена терапия комбинированным препаратом хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата, при болях пациентка принимала самостоятельно диклофенак в таблетках до 100 мг в сутки. Обратилась на амбулаторный прием с жалобами на периодические ноющие боли в животе, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи и ночью, отрыжку кислым. Пациентке следует провести**

**-** эзофагогастродуоденоскопию

**9. По данным эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный гастрит. Дальнейшая тактика ведения больной включает**

-отмену НПВП, назначение ингибиторов протонной помпы, эрадикацию Helicobacter pylori (при его выявлении)

**10. С учетом болевого синдрома, ^ данных рентгенографии, показана консультация**

-травматолога

**11. Немедикаментозное лечение данной пациентки должно включать**

-применение

**12. Меры по профилактике остеоартроза включают**

-поддержание нормальной массы тела

**Ситуационная задача №91**

Ситуация: Женщина, 36 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы: На боли в суставах кистей и стоп, запястьях, появляющиеся в ранние утренние часы, уменьшающиеся при движении и к вечеру, припухлость суставов кистей, утреннюю скованность в суставах в течение 2-х часов, повышение температуры тела до 37,5°С вечером.

Анамнез заболевания: Работает маляром. Семейный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Травмы отрицает. Операции — кесарево сечение, аппендэктомия. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ (1-2 раз в год), хронический тонзиллит, хронический гастрит. Наличие туберкулеза, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Замужем. Mensis с 13 лет, роды – 2. Дети здоровы.

Анамнез жизни: Больна в течение 2-х месяцев, когда появились боли в суставах кистей. Связывала свое состояние с перенапряжением рук во время работы и переохлаждением. Принимала нимесулид, с временным положительным эффектом. В течение последних 2 недель утренняя скованность в суставах, общая слабость, субфебрильная температура. К врачу не обращалась. Последние 7 дней боли и припухлость в суставах кистей, лучезапястных суставах, суставах стоп. Самостоятельно сдала клинический анализ крови, обращает на себя внимание ускорение СОЭ 51 мм/час.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Нормостенического телосложения. Рост 164 см, вес 51 кг, ИМТ=19кг/м². При осмотре отмечается дефигурация проксимальных, дистальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставов кистей, лучезапястных, правого локтевого суставов за счет экссудативных изменений, при пальпации суставов повышение температуры, умеренная болезненность, положительный симптом «поперечного» сжатия кистей, объем движений ограничен. Температура тела 36,4°С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет. Стул и диурез в норме.

**1. Для постановки диагноза в план обследования нужно включить исследование (выберите 2)**

-наличия ревматоидного фактора в сыворотке

-УРОВНЯ С-реактивного белка в сыворотке

**2. Для постановки диагноза необходимо провести**

- обзорную рентгенографию кистей

**3. Основным предполагаемым диагнозом является**

**-** Серопозитивный ревматоидный. артрит, Грентгенологическая стадия

**4. При оценке суставного статуса у пациентов с ревматоидным артритом суставами исключения являются\_\_\_\_**\_суставы

-Дистальные межфаланговые

**5. Препаратом первой линии для лечения ревматоидного артрита у данной пациентки будет**

-метотрексат

**6. Учитывая потенциальную возможность наличия беременности у замужней 36-и летней пациентки с ревматоидным артритом высокой степени активности, перед назначением мететрексата необходимо провести**

-тест на беременность

**7. Для уменьшения риска развития побочных эффектов метотрексата пациентке показано назначение**

-фолиевой кислоты

**8. Для уменьшения болей в суставах в качестве симптоматического лечения пациентке следует назначить**

- целекоксиб

**9. На фоне приема метотрексата для мониторинга переносимости и эффективности терапии пациентке требуется регулярный контроль**

-клинического анализа крови

**10. Пациентке была назначена терапия метотрексатом в дозе 17,5 мг в неделю, фолиевая кислота 5 мг в неделю, при болях пациентка принимает целекоксиб в таблетках 1-2 раза в неделю. Обратилась на амбулаторный прием с целью проведения лабораторного обследования на фоне приема препаратов. Отмечает уменьшение болей в суставах, утренняя скованность в кистях до 20 минут, при осмотре припухших суставов нет. Не температурит. Получены результаты проведенных анализов крови. Дальнейшая тактика ведения больной включает**

-отмену метотрексата обоснование

**11. Вакцинация, с учетом назначения базисных противовоспалительных препаратов, пациентке**

-рекомендована против пневмококковой инфекции

**12. Рентгенографическим признаком, который относится к сопутствующей патологии суставов является наличие**

-остеофитов

**Ситуационная задача №92**

Ситуация: Мужчина, 27 лет, обратился к врачу общей практики.

Жалобы: На боли в нижней части спины, в шейном отделе позвоночника, появляющиеся в ночное время и скованность в течение 2-х часов. Повышение температуры тела до 37,6° С вечером, ранние утренние часы, уменьшающиеся при движении и к вечеру. Ограничение движения шейном отделе позвоночника.

припухлость и болезненность правого коленного сустава, утренняя.

Анамнез заболевания: Работает менеджером. Семейный анамнез не отягощен Аллергологический анамнез не отягощен. Операции холецистэктомия. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ (1-2 раз в год), хронический гастрит. Наличие туберкулеза, ВИЧ, ИППП, псориаза, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Не женат.

Анамнез жизни: Болен в течение 4 месяцев, когда появились боли в нижней части спины. Свое состояние связывал с нагрузкой в тренажерном зале. Принимал мидокалм, нимесулид, с временным положительным эффектом. В течение месяца появились боли и припухание в правом коленном суставе, боли в правой пятке при ходьбе, субфебрильная температура тела. К врачу не обращался. Травмы отрицает. На диспансерном учете у специалистов не состоит. Самостоятельно сдал клинический анализ крови, обращает на себя внимание ускорение СОЭ 42 мм/час.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Нормостенического телосложения. Рост 178 см, вес 71 кг (ИМТ 22,4 кг/м²). При осмотре отмечается дефигурация правого коленного суставов за счет экссудативных изменений, при пальпации сустава - повышение температуры, умеренная болезненность, объем движений ограничен. Ограничение ротации в шейном отделе и сгибания в поясничном отделе позвоночника. Припухлость, болезненность ахиллова

сухожилия справа. Температура тела 36,7°С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы.

Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет. Стул и диурез в норме.

**1. Для постановки диагноза необходимо получить данные исследования (выберите 2)**

-уровня С-реактивного белка

-анализа крови на HLA-B27

**2. Для постановки диагноза необходимо провести**

- обзорную рентгенографию костей таза Обоснование

**3. Основным предполагаемым диагнозом у пациента является**

**-**Анкилозирующий спондилит

**4. К внеаксиальным проявлениям анкилозирующего спондилита у пациента относится наличие**

-энтезита

**5. В качестве препаратов первой линии пациенту показано назначение**

-Нестероидных противовоспалительных препаратов

**6. В качестве немедикаментозного лечения пациенту показано назначение**

-лечебной физкультуры Обоснование

**7. С учетом наличия у пациента периферического артрита и энтезита пациенту рекомендовано назначение**

-сульфасалазина

**8. Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов может привести к**

**-**интерстициальному нефриту

**9. Пациенту была назначена терапия нимесулидом в дозе 200 мг в сутки,**

**сульфасалазином 2 г в сутки, с положительным эффектом уменьшение болей в спине,**

**суставной синдром купирован. В течение месяца пациент самостоятельно заменил прием нимесулида на диклофенак. Обратился на амбулаторный прием с жалобами на периодические ноющие боли в животе, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи и ночью, отрыжку кислым. Получены результаты проведенных анализов крови. Пациенту следует провести**

- эзофагогастродуоденоскопию

**10. По данным эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный гастрит. В связи с этим пациенту показано**

**-**отменить НПВП

**11. Для воспалительной боли в спине характерно**

- появление в ночное время

**12. Для определения активности заболевания и эффективности терапии пациенту с анкилозирующим спондилитом следует оценивать индекс**

**-** BASDAI

**Ситуационная задача №93**

Ситуация: Пациентка Б., 38 лет, поступила в клинику в связи с нарастающими в течение нескольких дней симптомами сердечной недостаточности на фоне аритмии.

Жалобы: На одышку с затрудненным вдохом при обычных физических нагрузках, постоянные ноющие боли в прекордиальной области, ощущение перебоев и замирания в работе сердца, которые сильно беспокоят пациентку.

Анамнез заболевания: Наличие хронических заболеваний отрицает. Ежегодную вакцинацию от гриппа пропускает из-за эпизода аллергической реакции после введения вакцины. Аллергию на другие лекарственные препараты отрицает. В детстве страдала частыми ангинами, по поводу которых проводилась антибактериальная терапия; тонзилэктомия не выполнялась. Физические нагрузки ранее переносила хорошо. Не курит, прием наркотических препаратов отрицает, алкоголь употребляет только во время мероприятий.

Анамнез жизни: Вышеперечисленные жалобы пациентка отмечает на протяжении 1 недели. Около 2 недель назад перенесла острое респираторное заболевание с высокой температурой, болью в мышцах и катаральными явлениями. Пациентка не обращалась за медицинской помощью и лечилась самостоятельно, применяя жаропонижающие препараты.

Объективный статус: При осмотре: Состояние средней тяжести. Температура тела 37,0°С, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отёков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жёсткое в базальных отделах, отмечаются инспираторные хрипы в нижних отделах легких. ЧСС-100 ударов в минуту, ритм неправильный (единичные экстрасистолы). АД – 110/65 мм рт. ст. При аускультации сердца выслушиваются глухие тоны, Дополнительный III тон (ритм галопа), систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

**1. В инструментальное обследование пациентки, поступившей с подозрением на миокардит следует включить (выберите 5)**

**-**электрокардиографию

-рентгенографию органов грудной клетки

-эхокардиографию

- магнитно-резонансную томографию сердца с контрастным усилением

-коронароангиографию

**2. Диагностика некроза миокарда в данном случае включает лабораторное определение**

- тропонинов Т и I в сыворотке крови

**3. Лабораторная диагностика маркеров воспалительного ответа в данном случае включает**

- определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивного белка (СРБ) обоснование

**4. Для подтверждения сердечной недостаточности (CH) у данной пациентки следует провести лабораторный анализ крови на**

-мозговой натрийуретический пептид (НУП, BNP) в плазме крови

**5. Показанием для проведения диагностической эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ) у этой пациентки может является:**

**-** сердечная недостаточность менее 2недель

**6. Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является**

-Вирусный миокардит, осложненный застойной сердечной недостаточностью (II стадия по NYHA) и желудочковой экстрасистолией

**7. Тактика ведения данной пациентки предполагает**

-госпитализацию в стационар для мониторинга и лечения

**8. Риск развития данного заболевания у пациентки можно было бы снизить при**

-своевременной диагностике гриппа и ранней терапии ингибиторами нейраминидазы вируса гриппа

**9. Для лечения сердечной недостаточности у данной пациентки с целью снижения риска ремоделирования миокарда и развития дилатационной кардиомиопатии следует назначить**

- ингибиторы АПФ

**10. Лечение миокардита нестероидными противовоспалительными средствами в данном случае**

-не рекомендовано

**11. Показанием для проведения антиаритмической терапии при остром миокардите является**

-симптомная неустойчивая желудочковая тахикардия

**12. Учитывая наличие у пациентки с острым миокардитом сердечной недостаточности и частой желудочковой экстрасистолии показано назначение**

бета-адреноблокаторов обоснован

**Ситуационная задача №94**

Ситуация: Врач общей практики прибыл к пациенту 49 лет на 6-й день болезни.

Жалобы: На повышение температуры тела, одышку, «заложенность» в груди, кашель со скудной мокротой, выраженную слабость, общее недомогание.

Анамнез заболевания: Фрилансер в ІТ-компании. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год. Хронический бронхит (диагностирован5 лет назад).

Вредные привычки: курит по полпачки сигарет в день в течение 10 лет. Эпиданамнез: за 10 дней до заболевания вернулся из туристической поездки по Европе.

Прививочный анамнез: дату. последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Анамнез жизни: Заболел остро с появления озноба, общего недомогания, температура повысилась до 37,8°С. К исходу первого дня появились сухой. кашель, першение в ротоглотке, заложенность носа; беспокоила головная боль, отметил снижение аппетита. Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, аспирин), мукалтин. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7°С, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» В груди.

Объективный статус: Температура тела - 38,6°С. Пациент гиперстенического телосложения. ИМТ-34. Кожные ПОКРОВЫ чистые, умеренной влажности, сыпи нет.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами.

Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД - 26 в мин. АД – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 92 уд. В мин. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный. В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

**1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)**

-ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

-иммуноферментный анализ (ИФА) крови

**2. Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе**

-Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**3. Для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии больному следует провести**

- пульсоксиметрию

**4. Исследование газов артериальной крови с определением РаО2, РаСО2, pH, бикарбонатов, лактата рекомендуется при SpO2 менее %**

**-** 90 Обоснование

**5. Для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение**

**-** компьютерной томографии

**6. Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является**

- лимфопения

**7. При обследовании пациента анамнестические данные, больной уровень SpО2 составил 94%. Учитывая клинико-анамнестические данные \_\_\_\_\_\_ степени тяжести**

- средней

**8. Показанием к госпитализации при COVID-19- инфекции лиц из группы риска является**

-выраженная интоксикация

**9. В качестве этиотропной терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19 могут быть использованы**

- фавипиравир, ремдесивир

**10. Данному больному в сочетании с этиотропной терапией целесообразно назначить**

- антибактериальную терапию

**11. Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно применение**

**-**умифеновира

**12. Длительность курса постконтактной профилактики умифеновиром у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников, составляет**

**-**10-14 дней обоснование

**Ситуационная задача №95**

Ситуация: Участковый терапевт прибыл к пациенту 49 лет на 6-й день болезни.

Жалобы: на повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

Анамнез заболевания: Охранник в торговом центре. Работает посменно.

Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), сахарный диабет II типа (принимает метформин); хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит). Вредные привычки: отрицает. Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире, разведен, детей нет.

Эпиданамнез: за пределы своего Домашнего региона и страны не выезжал. Контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется

непостоянно.

Анамнез жизни: Заболел остро с появления озноба, общего недомогания, головной боли, температура повысилась до 37,9°С. Одновременно появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа. Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, ибупруфен), амброксол, пил много жидкости (чай с лимоном, имбирем). В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7°С, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул.

Объективный статус: Температура тела - 38,7°С. Пациент нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет. На коже фаланг визуализируются несимметричные пятна, похожие на результат обморожения, умеренно болезненные, зудящие. Слизистая оболочка ротоглотки

(дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами. Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон, чдд - 28 в мин. АД – 105/70 мм рт. Ст., ЧСС – 92 уд. в - мин. Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократный, полуоформленный. Мочеиспускание не нарушено. В сознании, адекватен, ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

**1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)**

-ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

-иммуноферментный анализ (ИФА)сыворотки крови

**2. Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)**

-пульсоксиметрия Обоснование

-компьютерная томография (КТ) легких Обоснование

**3. Учитывая данные клинико- лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе**

- Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**4. Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ-1 составляет %**

- <25

**5. О развитии острой дыхательной недостаточности свидетельствует уровень SpO2менее%**

- 90

**6. К характерным изменениям КТ органов грудной клетки при НОВОЙ коронавирусной инфекции COVID-19 относится**

-симптом «матового стекла»

**7. Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является**

-лимфопения

8. **Тактика в отношении данного пациента, учитывая наличие у него сахарного диабета, включает**

-Обязательную госпитализацию

**9. Этиотропное лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 предусматривает назначение**

- фавипиравира

**10. Данному больному в сочетании с этиотропной терапией рекомендовано назначение**

-антибактериальных препаратов

**11. В случае полной реконвалесценции пациента с сахарным диабетом, возобновление приема метформина возможно через**

- 2 недели

**12. Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых из групп риска возможно применение**

-рекомбинантного ИФН-а

**Ситуационная задача №96**

Ситуация: Врач-терапевт участковый прибыл к пациентке 28 лет на 5-й день болезни.

Жалобы: На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, заложенность носа, першение в ротоглотке.

Анамнез заболевания: Работает маникюршей. Работает посменно в частном салоне и выезжает к клиентам на дом. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (5 лет назад). Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с мужем, детей нет. Муж здоров, жалоб не предъявляет

Эпиданамнез: за пределы страны не выезжала. Контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется непостоянно.

Анамнез жизни: заболела остро с появления озноба, общего недомогания, головной боли, температура повысилась до 37,6°C. Одновременно появились сухой кашель, небольшое першение в

ротоглотке, заложенность носа. • Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие (ибупруфен), пила много жидкости (чай с имбирем, лимоном). В течение последующих дней самочувствие оставалось прежним: температура тела колебалась в пределах 37,4-37,9°С, кашель сохранялся, дважды был послабленный стул.

Объективный статус: Температура тела -37,6°С. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет, зернистость задней стенки глотки. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. • АД – 110/70 мм рт. Ст., ЧСС – 82 уд. в - мин.

Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный. В сознании, адекватна. Очаговой менингеальной симптоматики нет.

**1. Лабораторным методом обследования данной пациентки для выявления этиологического фактора является**

-ПЦР-диагностика мазка из • ротоглотки обоснование

**2. Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе**

- Коронавирусная инфекция, легкое течение

**3. Для оценки выраженности гипоксемии больной следует провести**

пульсоксиметрию

**4. Для легкого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерна сатурация кислорода (SpO2) %**

- > 95

**5. Для новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерна экзантема в виде**

- уртикарных высыпаний по типу крапивницы

**6. Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является**

-лимфопения

**7. Повторный забор биоматериала для ПЦР на коронавирусную инфекцию у этой пациентки необходимо провести на День**

- 3 и 11

**8. При легкой форме коронавирусной инфекции целесообразно назначить схему**

**-** ИФН-а + умифеновир

**9. Пациентка может считаться выздоровевшей от коронавирусной инфекции при ОТСУТСТВИИ**

**-** клинических проявлений и наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

**10. При подготовке к вакцинации против COVID-19 исследование биоматериала из носо- и ротоглотки методом ПЦР на наличие коронавируса SARS CoV-2 проводится только при наличии контакта с больными с инфекционными заболеваниями в течение последних дней**

**-**14

**11. Для медикаментозной профилактики COVID-19 у мужа пациентки возможно применение**

**-**умифеновир

**12. Иммуноглобулины класса М при коронавирусной инфекции начинают формироваться с от начала заражения**

-7-х суток

**Ситуационная задача №97**

Ситуация: Врач терапевт-участковый прибыл к пациентке 54-х лет на 6-ой день болезни.

Жалобы: На одышку, чувство «заложенности» в груди, кашель со скудной мокротой, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, потерю обоняния и вкуса.

Анамнез заболевания: Бухгалтер в частной компании. Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), гипертоническая болезнь, II стадии (принимает эналаприл), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год. • Вредные привычки: отрицает. Эпиданамнез: за пределы страны и Домашнего региона не выезжала. Была в контакте с болеющей дочерью и зятем (болели ОРЗ, перенесли заболевание «на ногах», в мед. учреждение не обращались). Прививочный анамнез: вакцинирована от сезонного гриппа в октябре 2019г.

Заболела остро с появления озноба, общего недомогания, температура повысилась до 37,8°С. Беспокоили мышечные боли, ломота в суставах. к исходу первого дня появились сухой кашель, першение в ротоглотке, незначительные выделения из носа; беспокоила головная боль, отметила снижение аппетита. Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), бромгексин. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7°С, отметила появление высыпаний на коже груди и нарушения обоняния и вкуса (не ощущала запах и вкус знакомой пищи), усилились кашель и одышка, отметила чувство «заложенности» в груди.

Объективный статус: Температура тела 38,8°С. Пациентка гиперстенического телосложения. ИМТ-34. Кожные покровы умеренной влажности, в области передней поверхности грудной клетки визуализируются множественные элементы уртикарной сыпи. Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами. Незначительные выделение из носовых ходов, серозного характера. Лимфатические узлы не увеличены. Умеренная одышка при физической нагрузке. В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин. - АД-100/60 мм рт. Ст., ЧСС-92 уд. в МИН. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было в течение суток. В сознании, адекватна. Ориентирована в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

**1. Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)**

- ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

-иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**2. Учитывая данные клинико- лабораторного обследования, можно думать о диагнозе**

-Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**3. Для оценки выраженности гипоксемии и выявления дыхательной недостаточности, больной следует провести**

**-** пульсоксиметрию

**4. При обследовании у больной выявлен уровень SpO2 - 94%. Учитывая клинико-лабораторные данные, следует расценить течение заболевания как**

**-**средней степени

**5. Для первичной оценки состояния органов грудной клетки у пациентов с прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение**

**-** компьютерной томографии

**6. Характерными изменениями в периферической крови при коронавирусной инфекции являются**

-лимфопения и тромбоцитопения

**7. Типичным патогенетическим осложнением новой коронавирусной инфекции COVID-19 является**

-острый респираторный дистресс синдром

**8.К препаратам с прямым противовирусным действием в рекомендованных схемах лечения больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 относится**

-фавипиравир

**9. В рекомендованных схемах лечения при среднетяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 фавипиравир может назначаться с**

-барицитинибом

**10. Пациентке с гипертонической болезнью, получающий эналаприл (препарат из группы Ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано**

-продолжить прием препарата в той же дозировке

**11. В случае полной реконвалесценции пациентки, возобновление приема метформина возможно через**

-2 недели

**12. В рекомендованных схемах для медикаментозной профилактики COVID19 у лиц из группы риска применяется**

- рекомбинантный ИФН-а

**Ситуационная задача №98**

Ситуация: Участковый терапевт прибыл к пациенту 29-ти лет на 5-ый день болезни.

Жалобы: На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, першение в ротоглотке, насморк, высыпания на коже.

Анамнез заболевания: Работает автомехаником в частном автосервисе. Работает посменно. • Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (7 года назад), пневмония (3 года назад). Вредные привычки: отрицает. Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с женой, детей нет. Жена здорова, жалоб не предъявляет.

Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) не пользуется. Прививочный анамнез: от гриппа. прививался в октябре месяце 2019г.

Анамнез жизни: Заболел остро с появления небольшого озноба, общего недомогания, умеренной головной боли, отметил першение в ротоглотке, температура тела повысилась до 37,5°C.

Одновременно появились сухой. кашель, насморк. Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол), закладывал в носовые ходы оксолиновую мазь. В течение последующих дней самочувствие оставалось прежним: температура тела колебалась в пределах 37,5-38,0°C, кашель сохранялся, дважды был послабленный стул. На 5-й день болезни появились высыпания на коже, что явилось причиной обращения к врачу.

Объективный статус: Температура тела 37,6°С. Кожные покровы чистые, умеренной. влажности, на коже груди, живота множественные розовые пятна округлой формы, шелушащиеся, без материнской бляшки.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет, зернистость задней стенки глотки. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет чдд-18 в мин. АД-110/70 мм рт. ст., ЧСС-82 уд. В мин. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный. В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

**1. Лабораторным методом обследования данного пациента для выявления этиологического фактора является**

-ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**2. Учитывая данные клинико- лабораторного обследования, можно думать о диагнозе**

-Коронавирусная инфекция, легкое течение

**3. При инфекции, вызванной COVID-19, для оценки выраженности гипоксемии больному следует провести**

-Пульсоксиметрию

**4. При легком течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 сатурация кислорода (SpO2) составляет%**

-> 95

**5. Для новой коронавирусной инфекции COVID-19 нетипичны поражения кожи в виде**

-карбункула

**6. В периферической крови при коронавирусной инфекции COVID-19 выявляется**

-лимфопения

**7. Повторный забор биоматериала для ПЦР на коронавирусную инфекцию COVID-19 у этого пациента необходимо провести на день**

-3 и 11

**8. При лечении легкой формы коронавирусной инфекции COVID-19 целесообразно назначить схему**

-фавипиравир +ИФН-альфа интраназально + парацетамол

**9. Пациент может считаться выздоровевшим от коронавирусной инфекции COVID-19 при отсутствии** -клинических проявлений заболевания и наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

**10. Одним из критериев для вызова врача больным, находящимся на амбулаторном лечении с новой коронавирусной инфекцией, является наличие**

-одышки

**11. Для медикаментозной профилактики COVID19 у жены пациента возможно применение**

**-**рекомбинантного интерферона, а интраназально в комбинации с умифеновиром

**12. Длительность инкубационного периода при новой коронавирусной инфекции составляет\_\_\_\_\_\_**

**суток**

-2-14

**Ситуационная задача №99**

Ситуация: Участковый терапевт прибыл к пациенту 68-ми лет на 6-ый день болезни.

Жалобы: На повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство заложенности» в груди, одышку, сухой кашель, кожные высыпания

Анамнез заболевания: Пенсионер, не работает. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), хронический бронхит (диагносцирован несколько лет назад, дату не помнит), артериальная гипертензия, стадию заболевания назвать не может (принимает эналаприл). Со слов пациента, в молодости болел краснухой, корью, дизентерией. Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: вдовец, проживает в отдельной квартире вместе с дочерью и внучкой 5-ти лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери)

Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжал. Питается дома, домашней пищей. Дочь и внучка здоровы. Посещает магазины, аптеки. Средствами индивидуальной защиты не пользуется. Прививочный анамнез: от гриппа не прививался. Дату последней прививки сказать не может.

Анамнез жизни: Заболел с общего недомогания, • слабости, мышечной и суставной боли, температура повысилась до 37,9°С. Отмечал головную боль, отсутствие аппетита. На следующий день появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа. Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, ибупруфен), амброксол, пил много жидкости (чай с лимоном, имбирем), мазал грудь бальзамом «звездочка» и «доктор Мом». В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,9°С, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул. В день вызова врача заметил на теле сыпь.

Объективный статус: Температура тела 38,9°С. Пациент повышенного питания. На коже туловища (грудной клетки, живота, бедер) визуализируется крупная пятнисто-папулезная, не зудящая сыпь. На лице, волосистой части головы сыпи нет. Склеры не инъецированы, слезотечения нет. Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами. Слизистая щек нормальной окраски, энантемы нет. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон. чдд - 28 в мин. • АД-105/70 мм рт. ст., ЧСС-92 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократный, полуоформленный. Мочеиспускание не нарушено. В сознании, адекватен, ориентирован • в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

**1. Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)**

-ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки на вирусные инфекции Обоснование

-иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**2. Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)**

-пульсоксиметрия

- компьютерная томография (КТ) легких

**3. Учитывая данные клинико- лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе**

-Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**4. При КТ-1 примерный объем выявленных изменений легких (визуально) составляет \_\_\_\_\_ %**

• < 25

**5. При проведении КТ ОГК к типичным рентгенологическим проявлениям вирусной пневмонии COVID-19 относят**

- симптом «матового стекла»

**6. Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерно наличие**

-лихорадки выше 38,5°С, ЧДД более 22/мин, пневмонии, SpO2 <95%, изменений в легких КТ 1-2

**7. Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является**

-лимфопения

**8. Тактика в отношении данного пациента с изменениями в легких, соответствующими КТТ, включает**

- Обязательную госпитализацию

**9. Этиотропным препаратом, который может быть использован при лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является**

-фавипиравир

**10. Пациенту, получающему эналаприл (препарат из группы ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано**

- продолжить прием препарата в той же дозировке

**11. У взрослых из групп риска для медикаментозной профилактики COVID19 возможно применение**

**-** рекомбинантного ИФН-альфа

**12. Применение умифеновира для медикаментозной профилактики COVID-19 лицам из группы риска назначают в течение-**3-х недель

Задача 100

Ситуация: Врач общей практики прибыл к пациентке 67-ми лет на 6-ый день болезни.

Жалобы: На кожные высыпания, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

Анамнез заболевания: Пенсионерка, не работает

Аллергоанамнез: вазомоторный и аллергический ринит (со слов много лет, принимает «зодак», «кларитин» во время обострений)

Перенесенные заболевания: пневмония двухсторонняя (2 года назад), артериальная гипертензия, стадию заболевания указать не может (принимает эналаприл), ЖКБ (состоит на учете у гастроэнтеролога) Со слов пациентки, в молодости болела болезнью Боткина, краснухой, корью.

Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире вместе с мужем и семьей сына (внук 9-ти лет (учащийся в школе), внучка 4 года, посещающей детский сад (привиты по возрасту со слов матери))

Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжала. Питается дома, домашней пищей. Из дома не выходит, находится на самоизоляции вместе с детьми и дочерью, зять ежедневно ездит на работу

Прививочный анамнез: от гриппа не прививалась. Дату последней прививки сказать не может.

Анамнез жизни:

Заболела с общего недомогания, слабости, к вечеру этого же дня температура тела повысилась до 37.9, появились мышечные и суставные боли. На следующий день появились сухой кашель, слизистые выделения из носа, небольшое першение в ротоглотке, отметила нарушение восприятия вкуса и запаха знакомой пищи. Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие (парацетамол, аспирин), бромгексин, наносила на грудную клетку мазь с эвкалиптом. В течении последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,9, усилились кашель, отметила чувство заложенности в груди, появилась одышка при физической нагрузке. В день вызова врача заметила на теле сыпь.

Объективный статус: Температура тела 38,7. Пациентка повышенного питания. На коже туловища (грудной клетке, живота, бедер) и верхних конечностей визуализируется крупная пятнисто-папулезная, не зудящая сыпь. На лице, волосистой части головы сыпи нет. Склеры не инъецированы, слезотечения нет. Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет, зернистость задней стенки глотки. Слизистая щек нормальной окраски, энантемы нет. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин. АД-105/70 мм.рт.ст., ЧСС – 92 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократный, полуоформленный. Мочеиспускание не нарушено. В сознании, адекватна, ориентирована в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

1. Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются: -ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки, -иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови
2. Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются: -пульсоксиметрия, -компьютерная томография (КТ) легких
3. Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе: Коронавирусная инфекция, осложненная двухсторонней пневмонией.
4. При КТ-2 примерный объем выявленных изменений легких (визуально) составляет\_\_\_\_% 25-50
5. Для вирусной пневмонии COVID-19 на КТ ОГК характерно: уплотнение легочной ткани
6. Среднетяжелое течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 характеризуется: ЧДД более 22/мин, лихорадкой выше 38,5, с пневмонией, SpO2меньше 95%, изменения в легких КТ 1-2
7. Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является: лимфопения
8. Тактика в отношении данной пациентки с изменениями в легких, соответствующими КТ2, включает: обязательную госпитализацию
9. Этиотропными препаратами, которые могут быть использованы при лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 являются: фавипиравир и ремдесивир
10. В амбулаторной практике больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19 гидроксихлорохин в начале курса назначается в дозе\_\_\_\_\_в день: 200мг 2 раза
11. ЭКГ признаком побочного эффекта гидроксихлорохина применяемого в рекомендованных схемах лечения больных новой коронавирусной инфекцией: удлинение интервала QT
12. В отношении проживающих в одной квартире родственников пациента осуществляется их изоляция сроком на\_\_\_дней 14

итуационная задача №101

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациентке 59-ти лет на 6-й день болезни.

Жалобы

На слабость, кашель, повышение температуры, тошноту, рвоту, послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния

Анамнез заболевания

Продавщица в продуктовом магазине (одновременно стоит за прилавком и обслуживает покупателей на кассе).

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагносцирован несколько лет назад дату не помнит).

Вредные привычки: курит по 1-3 сигареты в день.

Анамнез жизни: замужем, проживает отдельной квартире вместе с мужем, дочерью и внучкой 4-х лет, посещающей в детский сад (привита по возрасту со слов матери).

Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжала. Питается дома, домашней пищей. На работе контактирует с большим количеством незнакомых людей.

Средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, перчатки) пользуется не регулярно. Все проживающие вместе с пациенткой родственники в настоящий момент

Прививочный анамнез: от гриппа прививалась осенью 2019 года

Анамнез жизни

Заболела с общего недомогания, появились головная боль, повышение температуры до фебрильных значений, тошнота, двукратная рвота, жидкий стул. Лечилась самостоятельно симптоматическими средствами (жаропонижающие, обильное питье).

• В течение последующих дней появился сухой кашель, наросла слабость, полностью исчез аппетит, перестала ощущать запах и вкус привычной пищи.

• Учитывая отсутствие положительной динамики, вызвала врача на дом.

Объективный статус

• Температура тела 37,6°С.

• В ясном сознании. В пространстве, времени и собственной личности ориентирована. Менингеальных и очаговых знаков не определяется. Кожные покровы светлые, умеренно влажные. Сыпи нет.

• В легких дыхание жесткое сухие хрипы выслушиваются с обеих сторон. ЧД 16 в мин.

• Тоны сердца ритмичные, ритмичные ЧСС=Рѕ=70 в мин. АД=110/70 мм рт. ст.

• Зев умеренно гиперемирован.

Миндалины не увеличены, налетов нет.

• Лимфатические узлы не увеличены.

• Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул двукратный послабленный (за последние сутки), без примесей. Диурез не нарушен, моча светлая.

1. Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

- ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

- иммуноферментный анализ (ИФА)Сыворотки крови

2. Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются

-рентгенологическое исследование ОГК

3. Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе: Коронавирусная инфекция, осложненная двухсторонней пневмонией.

4. Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому\_\_на КТ: «матового стекла»

5. Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией ковид-19 целесообразно использовать пульсооксиметрию

6. Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции ковид-19 уровень SpO2 соответствует\_\_\_% меньше 95%

7. Типичными изменениями в периферической крови при новой коронавирусной инфекции ковид-19 являются: тромбоцитопения и лимфопения

8. В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции ковид-19 назначают этиотропный препарат: фавипиравир

9. При лечении новой коронавирусной инфекции средней степени тяжести в амбулаторных условиях назначают: ривароксабан

10. Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции ковид-19 является: барицитиниб

11. Для медикаментозной профилактики ковид-19 у родственников проживающих вместе с пациенткой, возможно рекомендовать применение: рекомбенантного ИФН-а

12.Инкубационный период новой коронавирусной инфекции ковид-19 составляет до 14-ти суток

Задача 102

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 39-ти лет на 6-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры, слабость, кашель, тошноту, рвоту, однократный послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния.

Анамнез заболевания

• Частный предприниматель (владелец нескольких торговых точек).

• Аллергоанамнез: не отягощен

• Перенесенные заболевания: язвенная болезнь 12-перстной кишки (диагносцирована 5 лет назад, состоит на учете у гастроэнтеролога, последний визит 2 года назад); болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагносцирован несколько лет назад, дату не помнит).

• Вредные привычки: курит по полпачки сигарет в день.

• Анамнез жизни: женат, проживает в отдельной квартире вместе с женой, сыном 7 лет, обучающимся в удаленном доступе (привит по возрасту со слов матери).

• Эпиданамнез: выезжает регулярно в соседние регионы для самостоятельной закупки товара (10 дней назад вернулся из поездки), за пределы страны не выезжал. Питается дома, домашней пищей. На работе контактирует с большим количеством незнакомых людей.

Средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, перчатки) пользуется не регулярно. Все проживающие вместе с пациентом родственники в настоящий момент здоровы. Прививочный анамнез: от гриппа не прививался. Дату последней прививки не помнит.

Анамнез жизни

Заболел с незначительного повышения температуры тела до 37,3°С, общего недомогания, появились головная боль, тошнота, двукратная рвота, жидкий стул. Лечился самостоятельно симптоматическими средствами (жаропонижающие, обильное питье).

• В течение последующих дней появился сухой кашель, наросла слабость, полностью исчез аппетит, перестал ощущать запах и вкус привычной пищи, температура тела держалась в пределах 37,9-38,4°C

• Учитывая отсутствие положительной динамики, вызвал врача на дом.

Объективный статус

Температура тела 37,8°С.

• В сознании, адекватен. Менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие, . Слизистая зева умеренно гиперемирована чистые, сухие.

Слизистая зева умеренно гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет. Носовое дыхание затруднено, отделяемого нет.

• Лимфатические узлы не пальпируются.

• Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС=Рѕ=70 в мин. АД=110/70 мм рт. ст.

• В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы единичные влажные рассеянные. ЧД 16 в мин.

Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Стул 1 раз, оформленный, коричневого цвета, без примесей. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. Лабораторными методами обследования данного больного

Для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

• ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

• иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

2. Инструментальными методами исследования необходимыми для обследования пациента является

Рентгенологическое исследование ОГК

3. Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о Диагнозе Коронавирусная инфекция осложненная двухсторонней пневмонией

4. Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому на КТ «матового стекла»

5. Характерные изменения в легких при новой коронавирусной инфекции COVID-19 позволяет выявить Компьютерная томография

6. Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 цел

7. Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 уровень сатурации кислорода соответствует\_\_\_% меньше 95

8. Тяжелое течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 Сопровождается развитием

Острого респираторного дистресс-синдрома

9. В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 назначают этиотропный препарат фавипиравир

10. Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является сарилумаб

11. Для медикаментозной профилактики COVID19 у родственников, проживающих вместе с пациентом, возможно рекомендовать приеменение: рекомбенантного ИФН-ф

12. Семье, контактирующей с пациентом с новой коронавирусной инфекцией ковид-19 рекомендована самоизоляция сроком в течении\_\_\_дней 14

Задача 103

Ситуация

Мужчина 64 лет, обратился к участковому терапевту в поликлинику.

Жалобы

На кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, потливость, слабость, периодически осиплость голоса, упорный, приступообразный кашель, повышение температуры тела до 37,4°С, в течение последних 2-х недель.

Анамнез заболевания

В детские годы имел контакт с больным туберкулезом отцом. Состоял на диспансерном учете по поводу контакта, прошел курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев. 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Проживает с семьей в трехкомнатной квартире, имеет 2-х детей.

Анамнез жизни

В течение последних 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, появление температуры до 37,2°С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиление упорного приступообразного кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.

Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не было отмечено, 3 дня назад стал отмечать прожилки крови в мокроте.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 76 кг, рост - 185 см.

При перкуссии грудной клетки - укорочение перкуторного звука. При аускультации в обеих легких в верхних отделах выслушивается жесткое дыхание, в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания. ЧД-18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 78 уд. в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается. При проведении простой микроскопии мокроты - обнаружены МБТ(+) Осмотр отоларинголога с проведением ларингоскопии:

При проведении фибробронхоскопии - поражение бронхов специфического характера. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-л-папула 14 ММ, Диаскинтест-папула 3 мм.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите2).

общеклинический анализ крови • трехкратное микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза

1. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является: обзорная рентгенография органов грудной клетке  
     
   3. Результат пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л у пациента оценивают как реакцию: положительную  
   4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают: диссеминированный туберкулез  
     
   5. Рентгенологическим признаком затемнения легочной ткани является синдром: диссеминации  
     
   6. Данному больному выставлен диагноз: диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, туберкулез гортани, бронхов  
     
   7. Осложнением основного заболевания у больного является: туберкулез гортани и бронхов  
     
   8. Наиболее информативным методом верификации диагноза при диссеминированном: гистологическое исследование ткани легкого

9. При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять антибактериальные препараты: первого ряда  
  
10. Благоприятным исходом подострого диссеминированного туберкулеза легких является: уплотнение и формирование фиброзных, фиброзно-очаговых изменений  
  
11. Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с: саркоидозом легких 2 ст, карциноматозом легких  
  
12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу\_\_\_степени 1

Задача 104

Ситуация

Больной 41 год обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 38,2°С, слабость, небольшого кашля с небольшим количеством мокроты с прожилками крови, пониженный аппетит, похудание.

Анамнез заболевания

рос и развивался нормально

• в течение последних 5 лет находился в местах лишения свободы

• в анамнезе повторные пневмонии

• флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил последние 4 года

• вредные привычки: курит, ранее употреблял наркотики, употребляет алкоголь

• проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире друга

Анамнез жизни

Ухудшение в состоянии около 5 месяцев.

К врачам не обращался, не обследовался, не лечился. При флюорографическом обследовании органов грудной клетки слева на уровне ключицы была выявлена небольших размеров тонкостенная кольцевидная полость с нечеткими наружными контурами. В связи с подозрением на туберкулез, больной был направлен в противотуберкулезный диспансер

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Пациент пониженного питания, кожные покровы бледные, повышенной влажности.

Отставание при дыхании левой половины грудной клетки. ЧД-22 в минуту.

При перкуссии грудной клетки - укорочение легочного звука в межлопаточном пространстве слева, в этой же зоне при аускультации - жесткое дыхание слева у ости лопатки и ниже ее угла, единичные влажные хрипы после покашливания. Со стороны других органов патологии не обнаружено.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые

микобактерии. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л-папула 12 мм, диаскинтест-папула 8 мм.

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

• общеклинический анализ крови.

• микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является: обзорная рентгенография органов грудной клетки

3. Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациента оценивают как: положительную

4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают: кавернозный туберкулез

5. На основании полученных результатов обследования данного больного можно

поставить диагноз: Кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого (S2) в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (+), кровохарканье

6. Осложнением основного заболевания у больного является: кровохарканье

7. По данным рентгенограммы органов грудной клетки, основным рентгенологическим

признаком является синдром: полости

8. При кавернозном туберкулезе легких бактериовыделение является: скудным и непостоянным

9. Впервые выявленный кавернозный туберкулез легких характеризуется: отсутствием выраженных перикавитарных инфильтративных изменений

10. При кавернозном туберкулезе легких с сохраненной чувствительностью целесообразно применять антибактериальные препараты: первого ряда

11. Дифференциальную диагностику кавернозного туберкулеза легких следует проводить с: абсцессом легкого, полостной формой рака легкого, воздушной кистой

12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_ степени 1

Задача 105

Ситуация

Больная 39 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 39,2°С, слабость, утомляемость, боли в грудной клетке, кашель с выделением плевков гнойной мокроты, кровохарканье, выраженная потливость.

Анамнез заболевания

• росла и развивалась нормально

• в анамнезе контакт с больным туберкулезом мужем

• в течение последнего года, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, слабости, снижение массы тела

• вредные привычки: злоупотребляет алкоголем, курит

• проживает с ребенком 6 лет в однокомнатной квартире

Анамнез жизни

В течение последних 3-х недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления вначале субфебрильной температуры до 37,2°С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, снижения аппетита.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор снижен. Больная пониженного питания, вес 55 кг, рост - 165 см. Грудная клетка правильной формы, при дыхании отстает правая половина, одышка в покое, чдд - 24 в минуту, акроцианоз.

При перкуссии грудной клетки резко укорочен звук справа. При аускультации - в верхнем отделе правого легкого на фоне бронхиального дыхания выслушиваются сухие и влажные хрипы. ЧСС - 110 в минуту, акцент II тона над легочной артерией. АД-100/60 мм рт. ст. Живот втянут, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается. При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Рекция Манту с 2 ТЕ ППД-л отрицательная, диаскинтест отрицательный.

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

общеклинический анализ крови

• микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является: обзорная рентгенография ОГК

3. Отрицательный результат Диаскинтеста у данной больной является проявлением: выраженного иммунодефицита

4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают: казеозную пневмонию

5. На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз: казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+, кровохарканье

6. Осложнением основного заболевания у больной является: кровохарканье

7. Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется, как и в данном случае: тяжелым, остро прогрессирующим течением

8. Аускультация при казеозной пневмонии характеризуется: ослабленным бронхиальным дыханием и большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов

9. При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, целесообразно применять антибактериальные препараты: первого ряда

10. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является: выраженный казеозно-некротический компонент туберкулезного воспаления, отсутствие морфологических признаков отграничения казеозного некроза вследствие апоптоза клеток

11. Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии следует проводить с: крупозной пневмонией

12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу\_\_\_ степени 1

Задача 106

Ситуация

Больной 29 лет, программист обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

В связи с изменениями в легких, выявленными при диспансеризации, жалоб не предьявляет.

Анамнез заболевания

рос и развивался нормально

• простудными заболеваниями болел редко • вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет • проживает один в однокомнатной квартире

Анамнез жизни

Жалоб нет.

флюорографическое обследование органов грудной клетки не проводилось более 3 лет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 69 кг, рост - 168 см. Грудная клетка нормостеническая, обе половины активно участвуют в акте дыхания. ЧД-16 в минуту. Тоны сердца ясные. ЧСС - 74 уд. в минуту, АД - 120/70 ММ РТ. СТ. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается. дизурических явлений не отмечается: При проведении простой микроскопии мокроты по Цилю –Нильсену кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены. Рекция Манту с 2 те ппд-л-папула 23 мм, диаскинтест-отрицательный.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите2)

• общеклинический анализ крови

• микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является: обзорная рентгенография ОГК

3. Особенностью рентгенологической картины при туберкулеме является: наличие в окружающей ткани полиморфных очагов и признаков фиброза

4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую

очередь, предполагают: туберкулему легкого

5. На основании полученных результатов обследования данной больного можно поставить диагноз: туберкулема S2 правого легкого, фаза распада, МБТ (-)

6.Достоверным методом диагностики туберкулемы легкого является: бронхологическое исследование с катетеризацией и взятием биоматериала

7. При туберкулеме прогрессирование туберкулезного процесса связано с: размножением микобактерий туберкулеза

8. Туберкулема может формироваться во всех случаях, кроме: рубцевания каверны

9. В лечение туберкулемы легких, имеющей наклонность к прогрессированию и резистентность к химиотерапии, целесообразно применять: хирургическое лечение

10. Туберкулема легкого чаще локализуется в \_\_\_ сегментах легких: 1,2,6

11. Дифференциальную Диагностику туберкулемы легкого следует проводить с: периферическим раком, гаматохондромой, неспецифической пневмонией

12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу\_\_\_\_степени: 3

Задача 107

Ситуация

Больная 29 лет, медицинская сестра противотуберкулезного диспансера, обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 38,5°С, ночную потливость, слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, боль в правой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Росла и развивалась нормально. Работает медицинской сестрой в противотуберкулезном учреждении. Перенесенные заболевания: бронхо легочных заболеваний в течение жизни не было, ранее туберкулезом не болела, редко отмечались простудные заболевания. флюорографическое обследование органов грудной клетки проходила ежегодно, патологии не было выявлено, вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с семьей, где есть 2-х летний ребенок, в однокомнатной квартире.

Анамнез жизни

Заболела остро, ухудшение в состоянии, с появления вышеперечисленных СИМПТОМОВ.

Было заподозрено течение правосторонней пневмонии, в течение 10 дней проведено лечение ампициллином, бромгексином супрастином

В результате проведенного лечения общее состояние улучшилось, температура снизилась до субфебрильной, однако сохранялась слабость, в правом легком продолжали выслушиваться единичные мелкопузырчатые влажные хрипы.

Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, небольшой румянец на щеках. Грудная клетка нормостенического типа, правая половина отстает при дыхании. При перкуссии грудной клетки - укорочение легочного звука в межлопаточном пространстве справа, в этой же зоне при аускультации - мелкопузырчатые влажные хрипы после покашливания. Со стороны других органов патологии не обнаружено

При проведении простой микроскопии обнаружены кислотоустойчивые микобактерии - (КУМ +). Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-л-папула - 15 ММ, Диаскинтест-папула 8 мм.

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2): Общий клинический анализ крови

Микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

2. Необходимым методом скринингового рентгенологического обследования при подозрении на туберкулез легких на уровне поликлиники является: обзорная рентгенография органов грудной клетки

3. Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациентки оценивают как: положительную

4. Респираторная симптоматика, подозрительная на туберкулез органов дыхания, включает: длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке

5. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают: инфильтративный туберкулез

6. На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ (+)

7.Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является: бактериологическая диагностика

8. Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется: взикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы

9. При инфильтративном туберкулезе с сохраненной лекарственной чувствительностью целесообразно применять антибактериальные препараты: первого ряда

10. Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в: стационаре

(противотуберкулезного учреждения)

11. В подтверждении диагноза инфильтративного туберкулеза большое значение принадлежит: бактериологическому исследованию

12. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции ОТНОСИТСЯ К очагу\_\_степени: 1

Задача 108

Ситуация

Больной 52 года, инженер, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 38,5°С, ночную потливость, резкую слабость, кашель с мокротой, периодически - боли в правом боку.

Анамнез заболевания

• рос и развивался нормально

• работает инженером в финансовой компании

• перенесенные заболевания: страдает сахарным диабетом в течение 10 лет

флюорографическое обследование органов грудной клетки проходит ежегодно, патологии не было выявлено, последнее полгода назад

• вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

• проживает с семьей, имеет 2 детей проживает в трехкомнатной благоустроенной квартире

Анамнез жизни

За последние 3 месяца, несмотря на регулярный прием сахароснижающих препаратов, отмечает ухудшение компенсации сахарного диабета. При обследовании в поликлинике была заподозрена правосторонняя пневмония, в течение 10 дней проведено лечение антибиотиками широкого спектра действия без выраженного клинического эффекта

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, мышечный и кожный тургор снижен, пониженного питания: масса тела 63 кг, Рост 176 см.

Грудная клетка нормостеническая, правая половина отстает при дыхании. При перкуссии грудной клетки -укорочение легочного звука в межлопаточном пространстве справа, аускультации - влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы в подмышечной области справа. Со стороны других органов патологии не обнаружено.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ +++).Направлена на консультацию в противотуберкулезный диспансер.

Исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР: выявлена ДНК возбудителя туберкулеза, выявлены мутации в гене ГРОВ. Определена устойчивость к рифампицину. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 12 мм, диаскинтест-папула 8 мм.

Данные клинико-инструментальных методов исследования

Общий анализ крови

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в 2-х проекциях: справа в области верхней доле определяется участок неоднородной инфильтрации, средней интенсивности с размытыми контурами, подчеркнутой нижней границей и участками просветления в области второго сегмента, видна «Дорожка» к корню легкого. В нижней Доле левого легкого очаговые тени малой интенсивности. Тень правого корня подтянута вверх, уплотнена, содержит кальцинат

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

• двукратное микроскопическое исследование мокроты методом Циля Нильсена или люминесцентная микроскопия/LED микроскопия; посев на жидкие и плотные питательные среды Обоснование

• двукратное молекулярно-генетическое исследования на наличие маркеров ДНК МБТ и устойчивости к противотуберкулезным препаратам

• диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении

2. Обязательными инструментальными методами обследования при подозрении на туберкулез в условиях противотуберкулезного учреждения являются (выберите 2): КТ ОГК, фибробронхоскопия

3. Диагноз туберкулеза считается верифицированным по результатам: бактериологических исследований

4. Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МЛУ МБТ (+) сахарный диабет 2 типа

5. Перед назначением лечения больному культуральное исследование мокроты проводится: двухкратно

6. Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется: везикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы

7. При выявлении в результате ПЦР-диагностики ДНК возбудителя туберкулеза с лекарственной устойчивостью к рифампицину Вы назначите пациенту \_\_\_\_\_ режим химиотерапии: IV стандартный

8. Кратность бактериологического исследования для мониторинга эффективности лечения в интенсивную фазу химиотерапии составляет: 1 раз в месяц

9. Пациент подлежит лечению: в круглосуточном стационаре

10. Длительность интенсивной фазы химиотерапии по IV режиму у данного впервые выявленного больного составляет не менее \_\_\_\_ месяцев: 8

11. Через 1 месяц лечения получен результат исследования ЛУ МБТ по методу ВАСТЕС: МБТ устойчивы к HRZSE, чувствитеьны к Am Cm Ofx Pto Cs PAS, больному показано Назначение индивидуализированного IV режим химиотерапии, включающий

. Km Lfx Z Trd PAS Pto

1. протионамида

Задача 109

Ситуация

Больной 54 года, в настоящее время работает в горячем цеху металлургом, обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому

Жалобы на повышение температуры до 39,5°С, ночную потливость, резкую слабость, длительный сухой с небольшим количеством слизистой мокроты, иногда с прожилками крови, боль в грудной клетке, похудел за последние 6 месяцев на 8 кг.

Анамнез заболевания

Рос и развивался соответственно возрасту, данные характера туберкулиновой чувствительности в школьные годы были положительными, однако курсы химиопрофилактики не проходил, выявлялась наклонность к частым простудным заболеваниям. флюорографическое обследование органов грудной клетки проходил нерегулярно

Перенесенные заболевания: частые простудные заболевания, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка. Вредные привычки: курит с 17 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь - редко. Проживает в 2х-комнатной квартире с супругой и дочерью 15 лет.

Анамнез жизни

В течение последних 6 месяцев, отмечает ухудшение состояния с нарастанием вышеперечисленных симптомов 2 недели назад обратился к участковому врачу-терапевту, при обследовании в поликлинике была заподозрена пневмония, назначено лечение антибиотиками широкого спектра действия. После 2 недель лечения отмечался незначительный клинический эффект: температура снизилась до субфебрильной, однако сохранялись слабость, кашель периодически с прожилками крови, болезненность в грудной клетке слева, выраженная потливость, снижение аппетита. Рентгенологическая картина в легких оставалась после лечения без динамики. Направлен на прием к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 65 кг. Температура 37,2°С. Кожные покровы бледные, повышенной лажности, мышечный и кожный тургор снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные.

Грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. чдд 17 в минуту.

При перкуссии грудной клетки - укорочение легочного звука в надключичном и межлопаточном пространствах слева.

При аускультации - дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 88 ударов в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. При исследовании мокроты 3-х кратно по Цилю-Нильсену - обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ), исследование методом Genexpert не установлена ЛУ к R.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л-папула 10 мм, диаскинтест-папула 6 мм.

Данные клинико-инструментальных методов исследования

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

. двукратное микроскопическое исследование мокроты методом Циля Нильсена или люминесцентная микроскопия/LED микроскопия; посев на жидкие и плотные питательные среды

• двукратное молекулярно-генетическое исследования на наличие маркеров ДНК МБТ и устойчивости к противотуберкулезным препаратам

• диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении

2. Обязательными инструментальными методами обследования при подозрении на туберкулез в условиях противотуберкулезного учреждения являются (выберите 2): обзорная рентгенография ОГК, КТ ОГК

3. Результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациента оценивают как: положительный

4. По данным клинико-рентгенологического обследования пациента, в первую очередь, необходимо предполагать: инфильтративный туберкулез

5. Респираторная симптоматика, подозрительная на туберкулез органов дыхания, включает: длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке

6. Учитывая данные клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье

7. Осложнением основного заболевания у больного является: кровохарканье

8. Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется: везикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы

9. Пациент госпитализирован в противотуберкулезный стационар, где ему назначен \_\_\_\_ режим химиотерапии: 1

10. Данный больной будет находиться на учете по \_\_\_ группе диспансерного наблюдения: 1 группе

11. На втором месяце лечения получен результат теста на лекарственную чувствительность МБТ на плотных средах, где была выявлена устойчивость к HREKmСм.Необходима коррекция ХТ путем перевода больного на режим IV

12. Длительность лечения больного по IV режиму химиотерапии будет составлять не менее месяцев 20

Задача 110

Ситуация

Мужчина 42 года на приеме врача терапевта стационара

Жалобы На быструю утомляемость, повышенную кровоточивость десен, легкое

образование синяков, увеличение живота в объеме, желтушность кожных покровов,

общую слабость, боли в нижних конечностях при ходьбе

Анамнез заболевания

Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты не отмечает. Гемотрансфузии не производились. Вредные привычки ежедневно выпивает около 200 мл водки, курит около 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет, применение наркотиков отрицает. Работает слесарем

Анамнез жизни

Считает себя больным около 2-х недель, когда появились, после злоупотребления алкоголем, вышеперечисленные жалобы.

Объективный статус

ИМТ 18 кг/м². В сознании, адекватен Кожные покровы желтушные, на коже голеней отмечаются геморрагические петехиальные высыпания, склеры иктеричные. Отмечается увеличение околоушных слюнных желез, гинекомастия. Периферические лимфоузлы не увеличены, щитовидная железа не увеличена. Аускультативно в легких дыхание с ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДд 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. ЧСС 81 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме, объем талии 110 см, плотный, труден для пальпации. При поверхностной пальпации грыжевых выпячиваний не определяется. Нижний Край печени +10 см от края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный при поверхностной пальпации. Нижний край селезенки у края реберной дуги. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул до 1 р/сутки обычной консистенции, без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Голени пастозны

1. Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования включают в себя (выберите 3)

Общеклинический анализ крови, биохимические показатели крови, коагулограмма

2. Необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования включают в себя: УЗИ органов брюшной полости

3. Для выявления алкогольной зависимости у данного пациента могут быть использованы (выберите 3): Вопросник AUDIT Вопросник AUDIT-C вопросник CAGE

4. Для неинвазивного определения стадии фиброза печени у данного пациента можно использовать: транзиентную эластографию (фибросканирование)

5. Для оценки тяжести течения алкогольного гепатита у данного пациента можно использовать: индекс Мэддрея

6. Терапия первой линии для пациентов с алкогольным гепатитом тяжелого течения (индекс Мэддрея 232, MELD 218, GASH 28) включает в себя: преднизолон внутрь в дозе 40мг/сут

7. Для оценки ответа на терапию преднизолоном необходимо использовать индекс: Лилль

8. При наличии противопоказаний к терапии преднизолоном, препаратом второй линии у данного пациента является: пентоксифиллин

9. Длительность терапии преднизолоном при условии полного ответа на 7й день составляет дней: 28

10. Методом лечения пациентов с алкогольным гепатитом тяжелого течения, не ответивших на терапию преднизолоном, является: трансплантация печени

11. Наряду с преднизолоном, при тяжелом алкогольном гепатите может быть использован: будесонид

12. Для диагностики алкогольного стеатоза печени используется: УЗИ органов брюшной полости

Задача №111

Ситуация

Мужчина 52 года на приеме врача терапевта стационара.

Жалобы

На боли в верхней половине живота, возникающие после приема пищи, периодическую тошноту, послабление стула до 4 р/сутки, без патологический примесей, снижение веса на 10 кг за 3 месяца, периодические боли в коленных суставах.

Анамнез заболевания

Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты не отмечает. Гемотрансфузии не производились. Вредные привычки- не отрицает злоупотребление алкоголем в прошлом, не курит, применение наркотиков отрицает. Работает разнорабочим на сельскохозяйственной ферме

Анамнез жизни

Послабление стула и периодический боли в животе отмечает около 8 лет, за мед помощью не обращался, лекарственные препараты не принимал. Усиление болей отмечает в течение 2 месяцев.

Объективный статус

имт 25 кг/м². кожные покровы обычной окраски чистые. Склеры чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. щитовидная железа не увеличена. Аускультативно в легких дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. ЧСС 85 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, справа в околопупочной области определяется инфильтрат около 10 см В диаметре, болезненный. При поверхностной пальпации грыжевых выпячивании не определяется. Нижний край печени +1 см от края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул до 2 р/сутки жидкой консистенции, без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Периферических отеков нет.

1.Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования включают в себя (выберите 5): общий анализ крови, с-реактивный белок и фекальный кальпротектин, биохимический анализ крови, группу крови и резус фактор, общий анализ мочи

2. Для постановки диагноза данному пациенту необходимо провести (выберите 5): ректороманоскопию, тотальную колоноскопию с илеоскопией и биопсией, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, рентгенологическое исследование пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке

3. Учитывая данные объективного, лабораторного и инструментального обследования, диагноз может быть сформулирован как: Болезнь Крона в форме илеоколита с поражением терминального отдела подвздошной кишки

4. Для уточнения тяжести атаки у пациента можно использовать: индекс Беста

5. Диагноз Болезни Крона должен быть подтвержден: эндоскопическим и морфологическим методом

6. Учитывая жалобы, данные объективного осмотра, лабораторные показатели, у данного пациента степень тяжести атаки Болезни Крона (согласно критериям Общества по изучению ВЗК при Ассоциации колопроктологов России): среднетяжелая

7. Наличие артропатии у данного пациента, требующей консультации ревматолога, расценивается как: внекишечное аутоиммунное проявление болезни Крона, связанное с активностью заболевания

8. Для индукции ремиссии у данного пациента могут быть Использованы: системные глюкокортикостероиды и иммунодепрессанты

9. Для поддержания ремиссии у данного пациента может Использоваться: цитостатик (азатиоприн)

10. Суммарная Продолжительность глюкокортикостероидной терапии при атаке Болезни Крона не

должна превышать 12 недель

11. Показанием к хирургическому лечению болезни Крона является: осложнение болезни Крона

12. Пациент относится к группе \_\_\_\_ состояния здоровья: 3а

Задача 112

Ситуация

Мужчина 34 года на приеме врача терапевта стационара

Жалобы

На послабление стула до 10 р/сутки с примесью алой крови, снижение веса на 10 кг за последние 6 месяцев, повышение температуры тела до 37,5, периодические боли в коленных суставах.

Анамнез заболевания

Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты не отмечает. Гемотрансфузии не производились. Вредные привычки отрицает. Работает торговым представителем.

Анамнез жизни

Послабление стула до 8 раз в стуки без патологических примесей отметил около 2 лет назад. Заболевание связывает с употреблением в пищу домашней сметаны. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал линекс, смекту, мезим-форте с улучшением состояния, уменьшением частоты стула до 2 р/сутки. Ухудшение состояния отмечает в течение последней недели, когда появились вышеперечисленные жалобы

Объективный статус

ИМТ 17 кг/м². кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Аускультативно в легких дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. ЧСС 87 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный по ходу кишечника, во время пальпации отмечается урчание. При поверхностной пальпации грыжевых выпячиваний не определяется. Нижний край печени - у края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул до 10 р/сутки жидкой консистенции, без примесей. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Периферических отеков нет.

1. Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования включают в себя

(выберите 5): общий анализ крови, с-реактивный белок, фекальный кальпротектин, биохимический анализ крови, коагулограмму

2. Обязательные инструментальные методы обследования для постановки диагноза включают в себя (выберите 4): ректороманоскопию, колоноскопию с илеоскопией, биопсию слизистой прямой кишки, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза

3. Учитывая данные объективного, лабораторного и инструментального обследования, диагноз нужно сформулировать как: Язвенный колит, хроническое течение, тотальное поражение, средне-тяжелая атака

4. Тяжесть атаки у данного пациента может быть определена при помощи: критериев Truelove-Witts

5. Учитывая жалобы, данные объективного осмотра, лабораторные показатели, у данного пациента степень тяжести атаки язвенного колита согласно критериям Truelove Witts: среднетяжелая

6. Наличие артропатии, требующей консультации ревматолога, у данного пациента расценивается как: внекишечное аутоиммунное проявление язвенного колита, связанное с активностью заболевания

7. Для индукции ремиссии у данного пациента рекомендован: месалазин

8. Продолжительность фазы индукции ремиссии должна составить: 6-8 недель

9. При сохранении послабления стула до 7 р/сутки с примесью крови в течение 2 нед от начала приема месалазина рекомендовано: назначение ГКС в комбинации с цитостатиками

10. Суммарная продолжительность глюкокортикостероидной терапии при индукции ремиссии атаки язвенного колита не должна превышать: 12 недель

11. Скрининг колоректального рака у больных ЯК необходимо начинать после \_\_\_\_ лет от дебюта заболевания: 6-8

12. Одним из факторов риска колоректального рака у больных Як является: семейный анамнез колоректального рака

Задача 113

Ситуация

Пациентка 35 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы на постоянные тянущие боли в поясничной области, без четкой связи с изменением положения тела,

• общую слабость, быструю утомляемость,

• отсутствие аппетита,

• непостоянную тошноту,

• сухость кожи, - кожный зуд,

- головную боль в затылочной области, давящего характера на фоне повышения артериального давления до 160 и 90 мм PT.CT.

Анамнез заболевания

Хронические заболевания отрицает.

• Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей нет.

• Аллергологический анамнез без особенностей.

• Наследственность отягощена: матьтумерла в возрасте 42 лет (острое нарушение мозгового кровообращения, получала заместительную почечную терапию (гемодиализ). .

Беременность 2, роды 2 (в срок, без осложнений).

Анамнез жизни

Считает себя больной в течение последних 2-х лет, когда появился непостоянный дискомфорт в поясничной области, головная боль, периодически отмечала кратковременное изменение цвета мочи (красный). За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение самочувствия в течение последних 2-3 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 166 см вес 87кг, имт 32кг/м2 Кожный покров бледный, сухой. Видимые слизистые бледно розовые. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно: в легких везикулярное дыхание. ЧДд 20 в минуту. При перкуссии: границы сердца расширены влево, акцент II тона над аортой, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 76 в мин. Ад 170 и 100 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации в правом и левом подреберьях пальпируются объемные образования, подвижные с бугристой поверхностью, умеренно болезненные. Печень не выступает из под края правой реберной дуги. Поясничная область при осмотре без особенностей. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

Мочеиспускания свободные, безболезненные. Диурез (со слов пациентки) сохранен. Стул регулярный, оформленный

1. Лабораторное обследование пациентки с подозрением на заболевание почек должно включать (выберите 2): общий анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический

2. С целью оценки функции почек у данной пациентки необходимо использовать: расчет СКФ

3. Расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD EPI у данной пациентки составляет 19 мл/мин, что соответствует \_\_\_ стадии хронической болезни почек 4

4. У пациентки с уровнем креатинина сыворотки 270 мкмоль/л для визуализации почек следует использовать: УЗИ почек

5. Диагноз пациентки может быть сформулирован как: Поликистозная болезнь почек

6. В данной клинической ситуации осложнением основного заболевания является: артериальная гипертензия

7. Рекомендации по изменению образа жизни пациентки включают в себя: коррекцию массы тела за счет снижения калорийности рациона и достаточной физической активности

8. Дальнейшее обследование и лечение данного пациента должно проводиться в условиях стационара: нефрологического

9. В представленной клинической ситуации назначение Ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II не рекомендуется в связи с наличием: гиперкалиемии

10. Для коррекции артериального давления в данной клинической ситуации рекомендован приём: амлодипина

11. К немодифицируемым факторам риска развития ХБП относят: наследственность

12. Основанием для консультации нефролога являются: выявленные впервые и подтвержденные при повтором исследовании

Задач Ситуационная задача №114

Ситуация

Женщина 43 года обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На боли по всему животу схваткообразного характера перед дефекацией, проходят после опорожнения кишечника, вздутие живота после приема любой пищи, раздражительность, часто Плохое настроение, стул до 3-4 раз в день, кашицеобразный, светло коричневого цвета, с небольшим количеством слизи.

Анамнез заболевания

• Хронические заболевания отрицает;

• не курит, алкоголем не злоупотребляет;

• профессиональных вредностей не имела:

• аллергических реакций не было; - отец был прооперирован по поводу рака слепой кишки, мать страдает артериальной гипертензией.

Анамнез жизни

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после психоэмоционального стресса появились слабость, недомогание, боли в животе без четкой локализации, поносы. За медицинской помощью не обращалась, принимала Ферменты, сборы лекарственных трав.

Самочувствие постепенно нормализовалось, чувствовала себя удовлетворительно. С этого времени периодически после стресса отмечается возникновение подобных состояний. Неоднократно обследовалась у гастроэнтеролога, патологических изменений выявлено не было. Вчера после стресса очередное возобновление симптоматики. В ночное время чувствует себя удовлетворительно. Вес стабилен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичHOCTb в норме. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно двигательный аппарат - без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительного наполнения, АД 120/70 мм рт. ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен.

Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы, симптом флюктуации отрицательные. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, болезненные, урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется. Поджелудочная железа не пальпируется. Печень не пальпируется, размеры по Курлову 9х8х7см, пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. В план обследования пациентки с подозрением на синдром раздраженного кишечника с диарейным синдромом необходимо включить (выберите 2): выполнение водородного дыхательного теста с глюкозой, определение уровня кальпротектина в кале

2. Инструментальная диагностика пациентки с подозрением на синдром разраженного кишечника при необходимости может включать (выберите 2): УЗИ органов брюшной полости, колоноскопия с биопсией

3. На основании проведённого пациентке обследования диагноз может быть сформулирован как: Синдром раздраженного кишечника с диареей

4.Дифференциальную диагностику синдрома раздражённого кишечника у пациентки 43-х лет необходимо проводить с: раком яичника

5. Пациентке показано проведение лечения: комплексного консервативного

6. Пациентке показано назначение Диеты: индивидуальной элиминационной

7. Для купирования болевого синдрома пациентке показано назначение: мебеверин

8. С целью купирования диареи показано назначение: лоперамида

9. Для нормализации микрофлоры кишечника пациентке показано назначение: пробиотиков

10. С целью уменьшения болевого абдоминального синдрома больной могут быть назначены: трициклические антидепрессанты

11. При неэффективности терапии синдрома раздраженного кишечника гастроэнтерологом пациентам с синдромом раздражённого кишечника показано проведение консультации: психиатра

12. Лечение синдрома раздражённого кишечника оказывается эффективным в % случаев а 114: 30

Задача 115

Ситуация

Больная 48 лет обратилась в поликлинику к терапевту

Жалобы на сухость кожных покровов, - избыточный вес, одышку при умеренной физической нагрузке,

• снижение температуры тела,

• снижение аппетита, • запоры,

• ухудшение памяти,

• сонливость.

Анамнез заболевания

• Страдает ЖКБ, 2 года назад перенесла холецистэктомию.

• Не курит, алкоголем не злоупотребляет

Профессиональных вредностей не имела

• Аллергических реакций не было.

Анамнез жизни

Указанные симптомы нарастали постепенно, в течение нескольких лет, без видимых причин.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Речь замедленная, голос грубый. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Температура тела - 36,2°С. Отечность лица. Индекс массы тела 30 кг/м² Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа при пальпации уменьшена в размерах, однородная, безболезненная, подвижная При сравнительной перкуссии легких звук ясный, легочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 16 в минуту. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов не выявлено. Частота сердечных сокращений - 58 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях видны отпечатки зубов. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Голени пастозны. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите3): анализ крови на тиреоидные гормоны, определение антител к тиреопероксидазе, определение антител к тиреоглобулину

2. Для постановки диагноза из инструментальных исследований необходимо выполнить: УЗИ щитовидной железы

3. Наиболее вероятным диагнозом является: аутоиммунный тиреоидит

4. Клинические проявления аутоиммунного тиреоидита (АИТ) зависят от: функционального состояния щитовидной железы

5. При установленном диагнозе первичного гипотиреоза в исходе аутоиммунного тиреоидита больной показано назначение в качестве заместительной терапии: левотироксина натрия

6. Начальная доза L-тироксина для заместительной терапии гипотиреоза зависит от: возраста пациента, тяжести гипотиреоза и наличия сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний

7. Полная доза L-тироксина для заместительной терапии гипотиреоза у молодых пациентов без сопутствующих сердечно сосудистых заболеваний составляет МКГ: 1,6-1,8

8. Начальная доза L-тироксина для заместительной терапии гипотиреоза у пожилых пациентов с наличием сопутствующих сердечно сосудистых заболеваний составляет МКГ 12,5-25

9. Применение глюкокортикоидных препаратов, иммунодепрессантов, плазмафереза, лазерной терапии следует считать: неэффективным и нецелесообразным

10. Контроль адекватности дозы тироксина для заместительной терапии гипотиреоза осуществляется по уровню: тиреотропного гормона

11. Заместительная терапия L тироксином при первичном гипотиреозе проводится: пожизненно

12. Необходимость оперативного лечения возникает в связи с: развитием компрессионного синдрома

Задача 116

Ситуация

Больная 25 лет обратилась в поликлинику к терапевту

Жалобы на

• постоянное сердцебиение, не связанное с физической нагрузкой и эмоциональным напряжением,

• похудание, одышку при умеренной физической нагрузке, неустойчивый стул,

• усиленное выпадение волос,

• нарушение сна.

Анамнез заболевания

• Хронические заболевания отрицает.

- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

• Профессиональных вредностей не имела.

• Аллергических реакций не было.

Анамнез жизни

Больной себя считает в течение 2 месяцев, когда стала отмечать сердцебиение, одышку при физической нагрузке. Также пациентка обеспокоена усиленным выпадением волос,беспричинной диареей, похуданием (за последний месяц потеряла 8 кг).

Обратилась к терапевту в поликлинику, были назначены дополнительные лабораторные и инструментальные обследования, консультация кардиолога, эндокринолога.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Эмоционально стабильна, плаксива. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела - 37,2° С. Индекс массы тела 20 кг/м2. Периферические лимфоузлы не увеличены. щитовидная железа при пальпации увеличена в размерах, видна при осмотре (зоб II степени по ВО3), однородная, умеренной плотности, безболезненная, подвижная. Отмечается тремор пальцев рук. При сравнительной перкуссии легких звук ясный, легочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, Частота дыхательных движений - 18 в минуту. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации верхушечный толчок усилен, локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ясные, Частота сердечных сокращений-108 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения АД 110/70 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Периферических отёков нет. Стул неустойчивый.

1. Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 3): определение Т3 св и Т4 св, определение ТТГ, определение антител к рецептору ТТГ

2. Для постановки диагноза из инструментальных исследований необходимо выполнить: УЗИ щитовидной железы

3. Наиболее вероятным Диагнозом является: болезнь Грейвса, диффузный токсический зоб

4. Сцинтиграфия щитовидной железы чаще всего используется для: диагностики различных форм токсического зоба

5. Целью лечения болезни Грейвса-Базедова является: устранение улинических симптомов тиреотоксикоза, стойкая нормализация тиреоидных гормонов и ТТГ, иммунологическая ремисия заболевания

6. Консервативная терапия болезни Грейвса-Базедова предусматривает назначение: тиреостатических препаратов

7. Наиболее опасным осложнением тиреостатической терапии является: агранулоцитоз

8. Длительность терапии тиамазолом составляет: 12-18 мес

9. Тотальная тиреоидэктомия как метод выбора хирургического лечения болезни Грейвса Базедова показана при: загрудинном расположении зоба, диффузных формах зоба с компрессионным синдромом, отказе пациента от РЙТ, отсутствии иммунологической ремиссии в течении 1-2 лет

10. к показаниям для проведения терапии радиоактивным йодом относят: рецидив тиреотоксикоза, невозможность приема тиреостатических препаратов

11. Противопоказанием к терапии радиоактивным йодом (PЙТ) является: беременность

12. Контроль адекватности дозы левотироксина для заместительной терапии гипотиреоза осуществляется по уровню: тиреотропного гормона

Задача 117

Ситуация

Мужчина 46 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

Предъявляет жалобы на выраженные головные боли в затылочной области, головокружение, снижение работоспособности, данные симптомы начали беспокоить 2-3 месяца назад.

Анамнез заболевания

Работает начальником отдела в энергетической компании, отмечает постоянные стрессовые ситуации на работе. Женат, 2 детей. Сопутствующие хронические заболевания отрицает.

Пациент курит в течение 9-10 лет, в среднем по 15-20 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно по праздникам. Травмы и операции отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен

Родители страдали артериальной гипертонией в пожилом возрасте, отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 66 лет.

Анамнез жизни

Из анамнеза выявлено: головные ли, головокружение, стали беспокоить в течение 2-3 месяцев, чаще появляются на работе, после стрессовых ситуаций.

Не лечился, АД не контролировал, но при появлении данных жалоб иногда самостоятельно принимал пенталгин, без выраженного эффекта.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, ориентирован в пространстве и времени. Пациент страдает ожирением 1 ст., рост 170 см, масса тела 93 кг (ИМТ=32,2 кг/м²). Кожные покровы обычной окраски, влажные, тургор кожи сохранен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Члд 17 в мин. Тоны сердца обычной звучности, ритмичные, ЧСС 80 в мин., АД 170/98 мм рт. ст. на обеих руках. Верхушечный толчок умеренно усилен, ограниченный, проецируется в области V межреберья на 1 см кнаружи от левой срединно ключичной линии. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Окружность талии 102см, абдоминальное ожирение. Печень перкуторно по краю реберной дуги, пальпации не доступна. Размеры по Курлову 9-8-7 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание без особенностей. Отеков нет.

Проведены лабораторные исследования, выявлено: глюкоза 5,0 ммоль/л,холестерин 6,0 ммоль/л, гемоглобин 135 г/л, мочевая кислота 0,35 ммоль/л.

На основании данных жалоб, анамнеза, осмотра врачом выставлен предварительный диагноз «Гипертоническая болезнь II ст., АГ 2 степ., риск 3

1. Лабораторная диагностика пациента с артериальной гипертензией включает (выберите 4)

общий (клинический) анализ мочи • исследование мочи на альбуминурию (АУ) в разовой моче • исследование уровня креатинина сыворотки • исследование липидного профиля

2. Для выявления бессимптомного поражения органов-мишеней при АГ показано проведение: проведение ладыжечно-плечевого индекса (ЛПИ)

3. Клинический диагноз пациента может быть сформулирован как Гипертоническая болезнь стадии, АГ степени, риск: II; 2; высокий

4. Целевой уровень АД для данного пациента должен быть меньше\_\_\_MM PT.CT. 130/80

5. К модифицируемым факторам риска, влияющим на прогноз и выбор терапии у данного пациента можно отнести: курение и абдоминальное ожирение

6. Антигипертензивными препаратами первой линии для данного пациента являются: ингибиторы РААС

7. При недостаточной эффективности ингибиторов РААС пациенту целесообразно добавить: тиазидный диуретик

8. Регулярность профилактических посещений врача при диспансерном наблюдении данного пациента должна составлять не менее раз(-а) в год: 2

9. Противопоказанием для назначения иАПФ является: ангионевротический отек

10. Назначение антигипертензивной терапии показано при: АГ 2и 3 степени

11. Противопоказанием для назначения тиазидных диуретиков при АГ является: подагра

12. Абсолютным противопоказанием для назначения иАПФ или БРА является: двухсторонний стеноз почечных артерий

Задача 118

Ситуация

Пациент в возрасте 61 года, обратился к врачу терапевту

Жалобы

-на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2-х этажей, ходьба менее 100 м);

- на постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета;

-на эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание:

- на чувство дискомфорта в груди при дыхании;

-на повышение АД до 180/100 ММ РТ. СТ.

Анамнез заболевания

Пенсионер. Работал механиком.

Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает.

Хронические заболевания: туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет Курит по 20 сигарет в день на протяжении 35 лет. Принимает Капотен (каптоприл) 25 мг при повышенном АД

Анамнез жизни

Считает себя больным около 10 лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. 4-5 раз в год отмечает обострения.

Ухудшение самочувствия отмечает около 3х недель назад, после перенесенного ОРВИ.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SaOz - 87%, температура тела 37,2°С. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела - 71 кг, рост - 180 см, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний. Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 23 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС-108 ударов в минуту, АД - 153/98 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

1. Лабораторными исследованиями, необходимыми пациенту, являются: общий анализ крови

2. Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются (выберите 2): спирометрия, рентген органов грудной клетки в прямой проекции

3. Наиболее верным диагнозом является: хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелое обострение. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН2

4. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: бронхиальной астмой, туберкулезом, облитерирующим бронхиолитом, застойной сердечной недостаточностью

5. Сопутствующим заболеванием у пациента, является артериальная гипертензия степени, риск сердечно сосудистых осложнений 3, высокий

6. Базисной терапией для данного пациента является: фиксированной комбинацией ИГКС + ДДБА (тиотропия бромид/олодатерол)

7. Препаратом для купирования обострения заболевания является: сальбутамол

8. Основной рекомендацией по нефармакологической терапии для данного пациента является: отказ от курения

9. Антибактериальными препаратами, необходимыми данному пациенту, являются: макролиды

10. Пациенту показано проведении вакцинации против: пневмококковой инфекции

11. Пациент относится к группе состояния здоровья: 3а

12. Кратность посещения врача пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения составляет раз(а) в год: 1

Задача 119

Ситуация

Пациент в возрасте 76 лет обратился к врачу терапевту

Анамнез заболевания

Пенсионер. Работал сварщиком на электрохимическом заводе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Хроническая болезнь почек стадия 2. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит около 2х лет. В прошлом, курил по 16 сигарет в день на протяжении 35 лет. Принимает Амлодипин 5 мг вечером, Эналаприл 10 мг утром и вечером

Анамнез жизни

Считает себя больным около 5 лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке.Ухудшение самочувствия отмечает около 3-х дней назад, после переохлаждения.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SaOz 91%, температура тела 36,6°С. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела - 68 кг, рост - 170 см, ИМТ 23,5 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний. Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС-89 ударов в минуту, АД - 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Пастозность голеней и стоп. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Жалобы на:

-выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2х этажей, ходьба менее 100 метров);

-постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета; -чувство дискомфорта в груди при дыхании;-повышение АД до 190/110 ММ РТ. СТ; -отеки нижних конечностей до средней трети голеней.

1. Лабораторными исследованиями, необходимыми пациенту, являются: общий клинический анализ крови

2. Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются (выберите 2): спирометрия, рентгенография ОГК в прямой проекции

3. Наиболее верным диагнозом является: Хроническая обструктивная болезнь легких, обострение средней степени тяжести. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН 1

4. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с бронхиальной астмой, туберкулезом, облитерирующим бронхиолитом, застойной сердечной недостаточностью

5. Пациентам с обострением ХОБЛ госпитализация в стационар рекомендуется при наличии: значительного увеличения интенсивности и /или появлением новых симптомов

6. Базисной терапией для данного пациента, после купирования состояния обострения, является: фиксированная комбинация ИГКС/ДДБА (тиотропия бромид/олодатерол)

7. Препаратом для купирования обострения основного заболевания является: сальбутамол

8. Основной нефармакологической рекомендацией для данного пациента является: отказ от курения

9. Гипотензивными препаратами 1-го ряда для данного пациента являются ингибиторы АПФ ил блокаторов кальциевых рецепторов к АТ 2

10. Пациенту показано проведении вакцинации против: пневмококковой инфекции и гриппа

11. Пациент относится к группе состояния здоровья: 3а

12. Кратность посещения врача пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения составляет раз(а) в год 1

**Ситуационная задача №120**

Ситуация

Больной, 54 года, тракторист, обратился в приёмно—диагностическое отделение

Республиканской клинической больницы.

**Жалобы**

На малопродуктивный кашель, одышку при ходьбе, чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, снижение

работоспособности, общую слабость отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,3°С.

**Анамнез заболевания**

Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия.

Вирусный гепатиты, туберкулез

отрицает. Вен. заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными — отрицает, сырую воду пьет. В открытых водоемах не купался. За границу не выезжал.

Аллергологический анамнез: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Гемотрансфузионный анамнез: отрицает.

Профессиональный анамнез: тракторист.

Вредные привычки: курит по половине пачки сигарет в течение 7 лет.

Инвалидность: нет.

Жилищно—бытовые условия: удовлетворительные.

**Анамнез жизни**

Заболел остро 5 дней назад, связывает появление симптомов с переохлаждением 7 дней назад (ремонтировал трактор, в гараже было холодно). По тяжести состояния госпитализирован в отделение терапии.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести.

Сознание ясное. Грудная клетка правильной формы. Аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы выслушиваются больше справа. Шум трения плевры не выслушивается.

Аускультативно тоны сердца приглушены, сердцебиения ритмичные. Перкуторно границы

сердца не расширены. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки оформленный, мочеиспускание не

изменено.

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

Общий анализ крови с определением тромбоцитов,

лейкоцитарной формулы

Биохимический анализ крови

Исследование уровня С— реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови

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

Рентгенография ОГК в прямой проекции

Пульсоксиметрия

**3. Наиболее вероятным диагнозом является пневмония, средней степени тяжести. ДН 1**

— Внебольничная правосторонняя нижнедолевая

**4. Всем амбулаторным пациентам с внебольничной пневмонией для оценки прогноза рекомендуется использовать шкалу**

+ CURB/CRB—65

**5. Оптимальной антибактериальной терапией для данного пациента будет**

цефтриаксон + азитромицин

**6. Наличие 25 сегментоядерных лейкоцитов и не 10 эпителиальных клеток в поле зрения при бактериоскопии мокроты у госпитализированных пациентов свидетельствует о качественном заборе материала**

Более, не более

**7. Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной**

**терапии должна проводиться через \_ часов после начала лечения**

48

**8. Основным возбудителем v внебольничных пневмоний у лиц до 60 лет без сопутствующей патологии является**

Пневмококк

**9. Внебольничную верхнедолевую пневмонию в первую очередь необходимо**

**дифференцировать с**

туберкулёзом

**10. Для помощи пациенту по отказу от курения наряду с мотивационной беседой**

**возможно назначение**

варениклина

**11. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_ дней**

15

**12. Для профилактики внебольничной пневмонии используются вакцины против**

пневмококка и гриппа

**Ситуационная задача №121**

**Ситуация**

Пациентка С. 20 лет обратилась в приёмное отделение стационара к терапевту.

**Жалобы**

На повышение температуры до 40°С, с ознобом, сухой кашель с трудноотделяемой желтоватой мокротой, общую слабость, ноющие боли в правой ниже—лопаточной

области.

**Анамнез заболевания**

Перенесенные заболевания: ОРВИ, миопия слабой степени.

Вирусный гепатит, туберкулез отрицает. Вен. заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными— отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала.

Аллергологический анамнез: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Гемотрансфузионный анамнез: отрицает.

Профессиональный анамнез: студентка 1 курса юридического факультета.

Вредные привычки: отрицает.

Инвалидность: нет.

Жилищно—бытовые условия: удовлетворительные.

**Анамнез жизни**

Заболела три дня назад, остро. Начало заболевания связывает с возможным переохлаждением — была на длительной экскурсии по городу. Принимала парацетамол с эффектом на несколько часов.

**Объективный статус**

Состояние при поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, Сатурация кислорода 99%. Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах справа, выслушиваются сухие хрипы справа в нижних отделах. Над лёгкими

укорочение перкуторного звука в правой ниже—лопаточнойи области. ЧДД 20 в мин. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения

ритмичные, шумов нет. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

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

общий анализ крови

С—реактивный белок

биохимический анализ крови

**2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

рентгенография органов грудной

клетки

**3. Окончательным диагнозом пациентки является \_\_ пневмония средней степени тяжести. ДН1**

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая

**4. В отличие от пневмоний, при туберкулезе лёгких лабораторно выявляются лейкоцитоз и концентрации биомаркеров воспаления**

незначительный; низкие

**5. Для лечения пневмонии, вызванных «атипичными» возбудителями (микоплазмы, хламидии, легионеллы) из перечисленных антибиотиков**

**показан**

кларитромицин

**6. Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через \_\_\_ часа/часов после начала лечения**

48

**7. является основным возбудителем внебольничных пневмоний у лиц до 60 лет без**

**сопутствующей патологии**

Пневмококк

**8. Рациональная антибактериальная терапия для данного пациента**

**включает в себя**

левофлоксацин

**9. В течение \_\_\_ часов от поступления в стационар диагностированная пневмония считается внебольничной**

48

**10. При затяжном течении внебольничной пневмонии может развиться**

абсцесс лёгкого

**11. Пациентке для вторичной профилактики показано проведение вакцинации**

**Против \_\_\_\_ и**

гриппа; пневмококка

**12. Согласно Международному консенсусу и российскому протоколу, в**

**классификацию пневмоний входят \_\_\_\_ и \_\_\_\_\_\_ пневмонии**

внебольничная; внутрибольничная

**Ситуационная задача №122**

**Ситуация**

Пациентка, 80 лет‚ самостоятельно обратилась в приемный покой больницы по месту жительства.

**Жалобы**

Жгучие боли в грудной клетке опоясывающего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина; одышку

смешанного характера при ходьбе на расстояние 300—400 м, периодическое повышение

артериального давления максимально до 200/100 мм рт. ст. (комфортное АД 160/90 мм рт. ст.).

**Анамнез заболевания**

Перенесенные и сопутствующие заболевания — OPBИ 2—3 paзa s год, остеоартроз коленных суставов. Вредные привычки отрицает. Аллергических реакций не отмечалось. Оперативных вмешательств и переливаний крови не было. Работала поваром, в настоящее время пенсионер.

**Анамнез жизни**

Повышение АД отмечает с 50 лет, амбулаторно принимала гипотензивные препараты (все

названия уточнить не может). В 2005 r. перенесла ОНМК, в 2015г — инфаркт миокарда, находилась на стационарном лечении. Последние несколько лет амбулаторно принимала валсартан+амлодипин 80+10 мг, конкор 2,5 мг, аспирин 100 мг. Ухудшение состояния отмечает последние 2 недели, когда участились боли в грудной клетке, стала чаще пользоваться нитроглицерином, снизилась толерантность к физической нагрузке, усилилась одышка. 2 дня назад был эпизод боли за грудиной сжимающего характера,

распространяющейся в шею, в левую руку, сопровождающейся чувством тошноты и потливостью. Пациентка за помощью не обратилась, трижды принимала нитроглицерин, боль купировалась через час. При повторном возникновении болей (настоящий эпизод) дочь доставила в приемный покой.

**Объективный статус**

Рост 165 см, масса тела 85 кг, ИМТ 31. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, прослушивается третий тон сердца. ЧСС 9З/мин, АД 150/80 мм рт. ст. При аускультации лёгких выслушивается жёсткое дыхание, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Определяется бледность кожных покровов, отечность нижних конечностей до нижней трети голени. Живот увеличен в объеме за счет подкожно—жировой клетчатки. Стул и мочеиспускание в норме.

**1. Необходимыми**

**лабораторными методами**

**обследования для постановки**

**диагноза являются (выберите 2)**

тропонин Т или I

MB—KOK

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

ЭKГ

ЭXO—KГ

**3. Предполагаемый основной диагноз**

ИБС: острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента SТ передне—перегородочный с

распространением на боковую стенку левого желудочка. Постинфарктный кардиосклероз (2015г.)

**4. Когда болевой синдром у пациента при ОКС сохраняется после приема**

**нитроглицерина следует вводить**

морфин

**5. С первых часов лечения ОКС с подъемом сегмента ST и неопределенно долго в дальнейшем, если нет противопоказаний‚ целесообразно лечение**

бета—адреноблокаторами

**6. Всем пациентам с ОКС при отсутствии противопоказаний должна быть рекомендована**

двойная антитромбоцитарная терапия

**7. Нагрузочная доза клопидогреля, если планируется ЧКВ, составляет \_\_\_ мг перорально**

600

**8. Статины для лечения больных с ОКС применяются**

y всех больных с ОКС с подъемом ST

**9. Больным с подозрением на ОКС рекомендовано проведение**

коронарной ангиографии

**10. Для стратификации риска неблагоприятного исхода при ОКС с подъемом ST y**

**пациентки должна использоваться шкала**

GRACE

**11. Реабилитация больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST**

основана на регулярной физической активности

**12. Реперфузионная терапия у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST**

рекомендуется всем больным с ОКСпST и длительностью симптомов <12 часов

**Ситуационная задача №123**

**Ситуация**

Больная Н, 45 лет, доставлена в приемное отделение бригадой СМП из поликлиники по месту жительства.

**Жалобы**

— на остро возникшую одышку при небольшой нагрузке; на невозможность лежать в

горизонтальном положении, ночью спала с приподнятым головным концом; на учащенное сердцебиение в покое; На боль в загрудинной области давящего характера, возникшую в состоянии покоя, купирующуюся приемом нитроглицерина.

**Анамнез заболевания**

Перенесенный заболевания: хронический бронхит.

Операции: холецистэктомия в 2016 г.

Травмы — отрицает. Гепатиты, туберкулез, венерические

заболевания отрицает. Аллергические реакции отрицает.

Работает юристом в компании. Наследственный анамнез: мать страдает гипертонической болезнью, варикозным расширением вен нижних конечностей.

Вредные привычки — курение по полпачки в день на протяжении 15 лет.

Известно, что принимает оральные контрацептивы по поводу гинекологической патологии (субмукозная миома матки)

**Анамнез жизни**

Около 5 лет назад начала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Боли в области сердца раньше не возникали. Сегодня под утро появилась одышка при небольшой нагрузке на фоне эмоционального благополучия, появилось сердцебиение в покое. Решила обратиться в поликлинику по месту жительства. Пока добиралась до поликлиники, находящейся в соседнем доме, появились боли за грудиной, которые купировались после применения нитроспрея. Из поликлиники бригадой СМП был доставлена в приемно— диагностическое отделение терапевтического стационара.

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 178 см, масса тела — 87 кг. ИМТ 27,4. Тeмпература тела — 36,9°C. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Периферические отеки отсутствуют. На ногах — варикозно расширенные вены. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. Над всеми полями легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости: правая — по левому краю грудины, левая — в \/ межреберье по переднее— подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю III ребра. При

аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС — 105 уд. в мин.

Пульс — 105 уд. в мин. АД — 110/60 мм рт. ст. (адекватное 130/80 мм рт. ст). Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см.

Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются.

**1. Лабораторными исследованиями, необходимыми для постановки диагноза, являются (выберите 2)**

тропонин Т

Д—димер

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

ЭКГ в покое

трансторакальная Эхо—КГ

КТ грудной клетки с контрастированием легочных артерий

**3. Для выявления источника тромбообразования пациентке необходимо провести**

УЗИ артерий и вен нижних конечностей и таза

**4. Предполагаемый основной диагноз можно сформулировать как**

Правосторонняя субмассивная сегментарная тромбоэмболия легочных артерий, КТ—верифицированная. Подострый тромбофлебит суральных вен в стадии неполной реканализации. ХВН 0 ст

**5. Для оценки риска 30— дневного летального исхода у пациентов с ТЭЛА используется шкала**

PESI

**6. Пациентке была рекомендована терапия**

антикоагулянтами (эноксапарин натрия)

**7. В случае возникновения кровотечения при передозировке низкомолекулярных**

**гепаринов необходимо ввести**

протамина сульфат

**8. При переводе пациентки с прямых антикоагулянтов на варфарин следует**

начать прием варфарина на фоне лечения гепарином до достижения целевого МНО

**9. При повышении МНО до 4,5 и при отсутствии значимого кровотечения, рекомендуется**

пропустить 1 прием варфарина, возобновить прием варфарина на следующие сутки, уменьшив на 1\2 таблетки, определить МНО через 1—2 дня

**10. К факторам риска венозных тромбоэмболических осложнений относится все,**

**кроме**

диффузного токсического зоба

**11. Абсолютным показанием к проведению тромболизиса является**

массивная ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики

**12. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_\_ дней**

15

**Ситуационная задача №124**

**Ситуация**

Больной Н, 59 лет, поступил в неотложном порядке в приемно— диагностическое отделение из поликлиники.

**Жалобы**

на одышку при ходьбе до 10 м,усиливающуюся в положении лежа,уменьшающуюся в покое; на симметричные отеки голеней истоп;на невозможность спать, лежа наспине, только сидя (в положенииортопноэ);на повышение АД до 170/100 мм рт.ст., сопровождаемое головной больюи головокружением.

**Анамнез заболевания**

Работал слесарем—монтажником. Перенесенные заболевания — пневмония (11 лет назад), ОРВИ 1—2 раза в год. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, гипертоническая болезнь. Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает. Семейный анамнез — мать страдает гипертонической болезнью. Вредные привычки — не курит, алкоголь употребляет умеренно (некрепкие напитки). Аллергические реакции отрицает. Инвалидность — 2 группа, бессрочная

по общему заболеванию.

**Анамнез жизни**

Впервые почувствовал себя больным в 49 лет‚ когда на фоне хорошего самочувствия появилась резкая давящая боль за грудиной. Был диагностирован острый инфаркт

миокарда. Регулярно наблюдался у кардиолога и терапевта по месту жительства.

Месяц назад «простыл» по дороге домой (в электричке), после чего в течение недели сохранялись симптомы простуды в виде заложенности носа, общей слабости, першения в горле. После этого начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке с последующим присоединением ортопноэ. Пришел на плановый прием

к участковому терапевту, откуда, учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно— диагностическое отделение.

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, масса тела 76 кг. ИМТ 27,9кг/м2. Температура тела 36,9°C. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена.

Отеки на лице в области глаз, возникающие по утрам. Симметричные периферические

отеки на ногах до уровня средней трети голени. При сравнительной перкуссии в верхних симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, в нижних отделах — притупление перкуторного звука. В верхних отделах легких при аускультации

дыхание жесткое, в нижних выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая — по левому краю грудины. левая — в \/

подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС — 72 уд. в мин. Пульс — 72 уд. в мин. АД — 130170 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

**1. Лабораторными исследованиями, которые нужно выполнить данному пациенту при поступлении в стационар, являются (выберите 4)**

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

натрийуретические пептиды

гликозилированный гемоглобин

**2. Для постановки диагноза при инструментальном обследовании необходимо**

**проведение (выберите 3)**

электрокардиографии в 12 отведениях

трансторакальной эхокардиографии

рентгенографии органов грудной клетки

**3. У пациента СКФ (по СКD—EPI) = 12,83 мл/мин/1.73 м2,**

**что соответствует ХБП**

C5

**4. Предполагаемый основной диагноз следует сформулировать как прогрессирующая**

**хроническая сердечная недостаточность \_\_\_ стадии (по Стражеско—Василенко), \_\_\_ функциональный класс (NYHA)**

IIБ; 3

**5. Целевой уровень систолического артериального давления при условии хорошей**

**переносимости у данного пациента должен быть \_\_\_\_ мм рт. ст**

> 120 и < 130

**6. Данному пациенту противопоказаны препараты из группы**

Антагонистов минералокортикоидных рецепторов

**7. Данному пациенту необходимо уменьшить дозу ингибиторов АПФ на \_\_\_ %**

75

**8. Для купирования отечного синдрома данному пациенту рекомендуется применять**

петлевые диуретики

**9. Для коррекции анемии пациенту рекомендуется**

назначение стимуляторов эритропоэза

**10. Пациенту рекомендована гипогликемическая терапия в виде**

инсулина

**11. К препаратам, влияющим на прогноз при хронической сердечной недостаточности,**

**относятся**

ингибиторы АПФ

**12. Для хронической сердечной недостаточности не характерна (—0)**

Брадикардия

**Ситуационная задача №125**

**Ситуация**

В кардиологическое отделение стационара госпитализирован пациент 59 лет.

**Жалобы**

Учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, возникающие внезапно, без четкой связи с нагрузкой, сопровождающиеся головокружением, чувством нехватки воздуха, предобморочным состоянием; некупирующиеся самостоятельно.

**Анамнез заболевания**

Перенесенные заболевания: хронический тонзиллит, аппендэктомия в 20 лет. Наличие

туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает.

Профессиональный анамнез: офисный работник в банковской сфере

Аллергологический анамнез — аллергия на ампициллин в форме крапивницы

Наследственный анамнез — у отца гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда

Не курит, алкоголь не употребляет

**Анамнез жизни**

Считает себя больным около 9 лет,когда впервые стали возникатьэпизоды неритмичного

сердцебиения, «трепетания» сердца в груди, которые купировались самостоятельно. 1,5 года назад проходил стационарное лечение, где было выявлено нарушение сердечного ритма (не помнит, какое именно) проведено восстановление ритма с помощью электроимпульсной терапии (ЭИТ). После госпитализации в течение месяца принимал амиодарон, в результате чего три месяца данные симптомы пациента не беспокоили. В течение последних 3 месяцев отмечает ухудшение самочувствия, связанное со «срывом ритма», получал верапамил, ривароксабан, дигоксин (ничего не принимает последние 10 дней). С вышеописанными жалобами обратился в поликлинику, по направлению которой

госпитализирован в кардиологическое отделение с диагнозом нарушение ритма с пресинкопальными состояниями.

**Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,5°С. Рост 179 см, масса тела 79 кг. ИМТ 24,7 кг/м2. Телосложение нормостеническое.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно—мышечная система без видимой патологии. Легкие: аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям. ЧДД 16 в минуту. Сердце — границы относительной тупости: правая — по правому краю грудины,

левая — по левой среднеключичной линии, верхняя — третье межреберье.

Аускультативно тоны ясные, аритмичные, шумов нет. АД — слева и справа 125/90 мм от. ст.. ЧСС=Р;= 79 в мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления: не нарушены (со слов).

Периферических отеков нет,

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

электрокардиография

холтеровское мониторирование электрокардиографии

трансторакальная эхокардиография

электрофизиологическое исследование

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

тиреоидные гормоны

биохимический анализ крови с определением глюкозы крови, электролитов, трансаминаз, креатинина, общего белка

коагулограмма

**3. Предполагаемый диагноз: нарушения ритма сердца**

Персистирующая форма фибрилляции предсердий

**4. Фатальным осложнением фибрилляции предсердий может стать**

тромбоэмболия

**5. Для оценки риска развития инсульта и системных тромбоэмболий у данного пациента (с фибрилляцией предсердий без поражения клапанного аппарата сердца)**

**следует использовать шкалу**

CH2DS2—VASc

**6. Тактика дальнейшего лечения у данного пациента будет заключаться в**

подготовке к плановой ЭИТ для восстановления ритма

**7. Для сохранения синусового ритма, в случае успешной электрической кардиоверсии,**

**пациенту необходимо назначить**

антиаритмики

**8. У данного пациента сумма баллов по шкале CHA2DS2— VASc составляет 2 и более, поэтому ему показано назначение**

пероральных антикоагулянтов

**9. В данном случае пациенту с длительностью ФП более 48 часов планируется**

**проведение отсроченной электрической кардиоверсии, поэтому следует назначить**

**лечение антикоагулянтами на срок до \_\_\_ кардиоверсии**

не менее 3 недель

**10. Пациенту со структурными заболеваниями сердца (ГЛЖ, ИБС, систолическая дисфункция) для профилактики пароксизмов ФП следует назначить**

амиодарон

**11. В случае неэффективности медикаментозной терапии по контролю за частотой**

**сердечного ритма пациентам с симптомной ФП следует рассмотреть проведение**

катетерной абляции АВ—узла с имплантацией искусственного водителя ритма

**12. Применение варфарина в качестве антикоагулянтной терапии требует контроля**

МНО в диапазоне 2,0—3,0

**Ситуационная задача №126**

**Ситуация**

Госпитализирован пациент 59 лет в стационар, располагающий рентген— операционной и опытными эндоваскулярными хирургами.

**Жалобы**

На выраженные боли за грудиной жгучего характера с иррадиацией в левую руку, длительность более 40 мин, не купирующиеся трехкратным приемом нитроглицерина под язык (через каждые 5 мин); Ha озноб, холодный липкий пот; Ha общую слабость.

**Анамнез заболевания**

Перенесенные заболевания: артериальная гипертензия 2 года. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает. Операций не было

Профессиональный анамнез: тренер по большому теннису

Аллергологический анамнез — не отягощен

Наследственный анамнез — у матери острый инфаркт миокарда

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

**Анамнез жизни**

До настоящего времени считал себя здоровым человеком, жгучие боли за грудиной возникли впервые на теннисном корте во время игры в большой теннис на фоне повышенной физической нагрузки и эмоционального перенапряжения. Около 2 лет страдает артериальной гипертензией, артериальное давление максимально повышается

до 15090 мм рт. ст, адаптирован к 120/80 мм рт. ст. По назначению участкового терапевта принимает лизиноприл 5 мг 1 раз в день утром. На фоне терапии по цифрам АД

компенсирован (со слов). Вызвана бригада скорой помощи.

**Объективный статус**

Общее состояние тяжелое. Температура тела 36,5°С. Рост 180 см, масса тела 75 кг. AMT 23,1 кг/m2. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые

слизистые влажные, бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 21 в минуту. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД слева и справа 130/80 мм рт. ст., ЧСС=Р$=76 в мин. Язык влажный,

чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Периферические отеки нижних конечностей до средней трети голеней.

**1. Для постановки диагноза необходимо провести инструментальные методы**

**обследования, такие как (выберите 3)**

электрокардиография

эхокардиография

коронароангиография

**2. Необходимым для подтверждения диагноза лабораторным методом**

**обследования является**

определение сердечного тропонина Т или |

**3. Предполагаемый основной диагноз следует сформулировать как ИБС**

Острый инфаркт миокарда с зубцом О передней стенки левого желудочка

**4. У пациента существует высокий риск раннего осложнения инфаркта миокарда в виде**

нарушения ритма и проводимости сердца

**5. При сохранении болевого синдрома и неэффективности трехкратного приема**

**нитроглицерина под язык пациенту показано введение**

морфина 10 мг внутривенно

**6. Предпочтительным методом реперфузионнои терапии, который необходимо**

**провести пациенту, является**

чрескожное коронарное вмешательство

**7. Двойная антитромбоцитарная терапия включает прием**

ацетилсалициловой кислоты и тикагрелора

**8. Для двойной антиагрегантной терапии необходимо применить**

**нагрузочные дозы ацетилсалициловой кислоты \_\_\_ мг и тикагрелора \_\_\_ мг**

300; 180

**9. Гиполипидемическая терапия, рекомендуемая пациенту с ОКС, включает**

аторвастатин 80 мг/сут

**10. Неантитромботическими лекарственными средствами, благоприятно влияющими на течение заболевания и прогноз при ОКС, являются**

бета—адреноблокаторы

**11. При установке стента с лекарственным покрытием в инфактсвязанную артерию**

**двойную антиагрегантную терапию следует продолжать в течение \_\_\_ мес. с момента чкв**

12

**12. Реабилитация пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда включает**

регулярные аэробные физические нагрузки

**Ситуационная задача №127**

**Ситуация**

Госпитализирован пациент 60 лет.

**Жалобы**

На выраженную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке

(ходьба до 10 м) и в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении; на боли давящего характера за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической (при быстрой ходьбе) и эмоциональной нагрузке, купирующиеся приемом 1 дозы нитроспрея под язык; на учащенное неритмичное сердцебиение, возникающее без

связи с чем—либо; Ha отеки нижних конечностей.

**Анамнез заболевания**

Перенесенные заболевания: длительно страдает стенокардией напряжения, дважды

Перенес инфаркт миокарда (5 и 2 года назад); артериальная гипертензия более 10

лет, принимает периндоприл 8 мг в сутки; фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, в течение последних 5 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций,

сахарного диабета, инсультов отрицает.

Операции: паховая грыжа слева в возрасте 54 лет‚ дважды стентирование коронарных артерий. Профессиональный анамнез: в настоящее время неработающий пенсионер, работал на руководящей должности в нефтегазовой компании.

Аллергологический анамнез — не отягощен.

Наследственный анамнез — не отягощен.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Инвалид 3 группы.

Анамнез жизни

Больным себя считает в течение года, когда впервые появились отеки нижних конечностей и одышка при незначительной физической нагрузке, которая со временем

нарастала, снизилась толерантность к физическим нагрузкам в целом. В анамнезе дважды перенес ОИМ, по поводу чего выполнялось чрескожное коронарное вмешательство со

стентированием инфаркт—зависимых артерий. В течение последних 10 лет отмечает подъем АД до 185/100 мм рт. ст., при комфортном 120/80 мм рт. ст., принимает постоянно периндоприл 8 мг/сут. В течение последней недели после перенесенной острой респираторно— вирусной инфекции отметил ухудшение состояния в виде увеличения выраженности одышки при минимальных физических

нагрузках (ходьба 10 м) и возникновение ее в покое, в связи с чем стал спать на более высокой подушке. Стал ощущать учащенное неритмичное сердцебиение, возникающие без связи с чем—либо, проходящие самостоятельно.

**Объективный статус**

Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5°С. Рост 176 см, масса тела 69 кг. ИМТ 22kr/m2. Телосложение нормостеническое. Незначительная иктеричность кожных покровов. Периферические лимфоузлы не увеличены, визуально пульсация яремных вен шеи с обеих сторон. Костно—мышечная система без видимой патологии. Легкие — аускультативно: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, ослаблено

в нижних отделах. ЧДД 20 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая — по правому краю грудины, левая — 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии,

верхняя — третье межреберье. Аускультативно тоны приглушены, аритмичные, систоло—

диастолический шум по обе стороны от грудины во втором межреберье. АД слева и справа 110/60 мм рт. ст., ЧСС=Р‹= 98 в мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферические отеки нижних конечностей до средней трети голеней. Физиологические отправления: стул регулярный,

диурез учащенный.

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

общий анализ крови

биохимический анализ крови с определением печеночных ферментов, креатинина, мочевины, электролитов, глюкоза крови, липидного профиля

определение уровня натрийуретического пептида

**2. Инструментальные методы обследования, необходимые пациенту, включают в себя**

**(выберите 4)**

электрокардиографию

эхокардиографию

стресс—эхокардиографию

рентгенографию органов грудной клетки

**3. Предполагаемый основной диагноз — декомпенсация хронической сердечной недостаточности стадия \_\_, ФК**

IIБ; 4

**4. Для определения функционального класса ХСН и объема физических**

**тренировок необходимо проведение**

теста 6—минутной ходьбы

**5. Для предупреждения тромбоэмболических осложнений данному**

**пациенту с ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка необходимо назначить**

антикоагулянты

**6. Для снижения риска смертности, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни больному целесообразно назначать**

ингибиторы АПФ

**7. Основой диуретической терапии, если у пациента дополнительно выявлено ХБП**

**и СКФ менее 5 мл/імин, являются**

петлевые диуретики

**8. Данному пациенту с ХСН со значительным снижением фракции выброса левого**

**желудочка, сохраняющимся, несмотря на оптимальную кардиотропную терапию**

**рекомендуется**

имплантация кардиовертера—дефибриллятора

**9. Для уменьшения ЧСС и увеличения переносимости физических нагрузок данному**

**больному с постоянной формой фибрилляции предсердий рекомендована комбинация**

бисопролол + дигоксин

**10. Медикаментозная терапия должна начинаться у пациентов с ХСН**

1 стадии 1 ФК

**11. При неэффективности оптимальной медикаментозной и немедикаментозной терапии у больных с терминальной ХСН необходимо рассмотреть**

трансплантацию сердца

**12. Помимо медикаментозной терапии, больным с ХСН рекомендуется**

физическая реабилитация

**Ситуационная задача №128**

**Ситуация**

Больной С, 67 лет, поступил в неотложном порядке в приемно—диагностическое отделение из поликлиники.

**Жалобы**

на одышку при ходьбе до 15 м, уменьшающуюся в покое; Ha симметричные отеки голеней и стоп; на невозможность спать, лежа на спине, только сидя (в положении

ортопноэ); Ha повышение АД до 170/100 мм рт. ст., сопровождаемое головной болью

и головокружением.

**Анамнез заболевания**

Работал сантехником. Перенесенные заболевания — пневмония (в 9 лет)‚ ОРВИ 1—2 раза в год. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, гипертоническая болезнь. Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции

отрицает. Семейный анамнез — мать страдает гипертонической болезнью.

Вредные привычки — не курит, алкоголь употребляет умеренно

(крепкие напитки не чаще 1 раза в мес.). Аллергические реакции отрицает.

Инвалидность — 2 группа, бессрочная по общему заболеванию

**Анамнез жизни**

Впервые почувствовал себя больным в 64 года, когда на фоне полного здоровья возникла жгучая боль за грудиной. Был диагностирован острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента $Т. Реваскуляризации не проводилось. С тех пор отмечает симптомы сердечной недостаточности в виде одышки, снижения толерантности к физическим нагрузкам. Регулярно наблюдался у кардиолога и терапевта по месту жительства.

Ухудшение состояния в течение последних нескольких месяце, когда начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке с последующим присоединением ортопное. Пришел на плановый прием к участковому терапевту, откуда,

учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно— диагностическое отделение.

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, масса тела 76 кг. ИМТ 27,9 кг/м2. Температура тела 36,9°С. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена.

Отеки на лице в области глаз, возникающие по утрам. Симметричные периферические

отеки на ногах до уровня средней трети голени. При сравнительной перкуссии в верхних симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, в нижних отделах — притупление перкуторного звука. В верхних отделах легких при аускультации

дыхание жесткое, в нижних выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая — по левому краю грудины, левая — в \/

межреберье по переднее— подмышечной линии, верхняя — по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС — 72 уд. в мин. Пульс — 72 уд. в мин. АД — 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

**1. Лабораторными исследованиями, которые нужно выполнить данному пациенту при поступлении в стационар, являются (выберите 4)**

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

натрийуретические пептиды

гликозилированный гемоглобин

**2. Для постановки диагноза**

**при инструментальном**

**обследовании необходимо**

**проведение (выберите 3)**

электрокардиографии в 12 отведениях

трансторакальная эхокардиографии

рентгенографии органов грудной клетки

**3. У пациента СКФ (no CKD—EPI) = 12,83m1/mnun/1.73 m2, что**

**соответствует ХБП**

С5

**4. Предполагаемый основной диагноз следует сформулировать как прогрессирующая**

**хроническая сердечная недостаточность \_\_\_ стадии (по Стражеско—Василенко),**

**\_\_\_ функциональный класс (NYHA)**

II b; 3

**5. Целевой уровень систолического артериального давления при условии хорошей**

**переносимости у данного пациента должен быть \_\_\_ мм рт. ст**

> 120 и < 130

**6. Данному пациенту противопоказаны препараты из группы**

Антагонистов минералокортикоидных рецепторов

**7. Данному пациенту необходимо уменьшить дозу ингибиторов АПФ на \_\_\_ %**

75

**8. Для уменьшения выраженности задержки жидкости данному больному целесообразно назначить**

петлевые диуретики

**9. Для коррекции анемии пациенту рекомендовано**

назначение стимуляторов эритропоэза

**10. Больному показана сахароснижающая терапия в виде**

инсулина

**11. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_\_ дней**

15

**12. Пациент относится к группе состояния здоровья**

IIIA

**Ситуационная задача №129**

**Ситуация**

На прием к врачу общей практики обратилась женщина 60 лет.

**Жалобы**

Повышение артериального давления до 200/100 мм рт. ст, сопровождается сильной головной болью, головокружением, тошнотой, мельканием мушек перед глазами,

слабостью.

**Анамнез заболевания**

Работала на заводе. В настоящее время находится на пенсии. Наследственность — гипертоническая болезнь у мамы. Вредные привычки — отрицает.

Перенесенные заболевания: простудные заболевания, холецистэктомия 5 лет назад.

**Анамнез жизни**

Повышение артериального давления беспокоит много лет, регулярно наблюдается у врача. Принимает эналаприл 5 мг/сутки, амлодипин 5 мг/сутки, аспирин 100 мг/сутки,

ибупрофен при головной боли.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 160 см масса тела 80 кг ИМТ 31,25 kr/m2. Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые бледно—розового цвета. Тоны сердца при аускультации приглушены, ритмичные. АД 154/90 мм рт. ст., пульса 88 в мин. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Живот при пальпации мягкий, увеличен в размере за счет

подкожной жировой клетчатки, печень селезенка не увеличены. Периферические отеки до нижней трети голеней, симметричные.

**1. Для постановки диагноза необходимо проведение**

**лабораторной оценки (выберите 3)**

oбщего анализа крови

общего анализа мочи

биохимического анализа крови

**2. Для уточнения диагноза из инструментальных методов обследования необходимо**

**провести (выберите 2)**

электрокардиографию

эхокардиографию

**3. У пациентки наиболее вероятна**

Гипертоническая болезнь

**4. У пациентки имеется сопутствующая патология в виде**

гиперлипидемии 2А типа

**5. У данной пациентки стадия гипертонической болезни**

II

**6. У данной пациентки степень артериальной гипертензии**

3

**7. Для оценки функции почек необходимо определить в моче уровень**

альбумина

8. **Начать терапию следует с**

комбинации минимум 2 препаратов

**9. Для лечения артериальной гипертензии предпочтительней выбрать комбинацию**

ИАПФ и антагонистов кальция

**10. Для снижения уровня холестерина, ЛПНП следует применять**

статины

**11. Пациентка относится к группе состояния здоровья**

IIIA

**12. К немедикаментозным методам лечения гипертонической болезни относятся**

снижение массы тела, ограничение употребления поваренной соли

**Ситуационная задача №130**

**Ситуация**

В кардиологическое отделение стационара госпитализирован пациент В. 63 года.

**Жалобы**

Учащенное неритмичное сердцебиение, ощущения «замирания» сердца, сопровождающееся чувством внутренней дрожи, нехваткой воздуха.

**Анамнез заболевания**

Перенесенные заболевания: хронический тонзиллит, аппендэктомия в 10 лет. Наличие

туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает

Профессиональный анамнез: бухгалтер. Аллергологический анамнез — аллергия на ципрофлоксацин в форме крапивницы. Наследственный анамнез — у отца

гипертоническая болезнь, рак толстой кишки Не курит, алкоголь не употребляет

**Анамнез жизни**

Нарушения ритма появились около 6 лет назад, когда впервые стали возникать эпизоды неритмичного сердцебиения, «трепетания» сердца в груди, которые купировались

самостоятельно. 3 года назад проходил стационарное обследование, где было подтверждено нарушение сердечного ритма (не помнит, какое именно, вероятно, мерцательная аритмия) проведено восстановление ритма с помощью электроимпульсной

терапии (ЭИТ). После госпитализации в течение месяца принимал амиодарон, в результате чего симптомы пациента не беспокоили. Затем через два года врачом

поликлиники амиодарон был отменен. В течение последнего месяца отмечает ухудшение

самочувствия, связанное со «срывом ритма». Получал верапамил, ривароксабан. дигоксин (ничего не принимает последние 10 дней). С вышеописанными жалобами обратился в поликлинику, по направлению которой госпитализирован в кардиологическое отделение с диагнозом «фибрилляция предсердий».

**Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,4°С. Рост 177 см, масса тела 80 кг. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы

и видимые слизистые нормальной влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно— мышечная система без видимой патологии. Легкие: аускультативно

дыхание везикулярное, проводится по всем полям. ЧДД 18 в минуту. Сердце — границы относительной тупости: правая — по правому краю грудины, левая — по левой среднеключичной линии, верхняя — третье межреберье. Аускультативно тоны ясные,

аритмичные, шумов нет. АД — слева и справа 115/85 мм рт. ст.. ЧСС= 99 в

мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления: не нарушены. Периферических отеков нет.

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

электрокардиография

холтеровское мониторирование электрокардиографии

трансторакальная эхокардиография

электрофизиологическое исследование

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

тиреоидные гормоны

биохимический анализ крови с определением глюкозы крови, электролитов, трансаминаз, креатинина, общего белка

коагулограмма

**3. Предполагаемый диагноз: нарушения ритма сердца**

Персистирующая форма фибрилляции предсердий

**4. Фатальным осложнением фибрилляции предсердий может стать**

тромбоэмболия

**5. Для оценки риска развития инсульта и системных тромбоэмболий у данного**

**пациента (с фибрилляцией предсердий без поражения клапанного аппарата сердца)**

**следует использовать шкалу**

CH2DS2—VASc

**6. Тактика дальнейшего лечения у данного пациента будет заключаться в**

подготовке к плановой ЭИТ для

восстановления ритма

**7. Для сохранения синусового ритма, в случае успешной электрической кардиоверсии,**

**пациенту необходимо назначить**

антиаритмики

**8. Риск тромбоэмболических осложнений у данного больного согласно**

**шкалеСНА2052—УА$с составляет 2 балла, в связи с чем ему показано назначение**

пероральных антикоагулянтов

**9. В данном случае пациенту с длительностью ФП более 48 часов планируется**

**проведение отсроченной электрической кардиоверсии, поэтому следует назначить**

**лечение антикоагулянтами на срок \_\_\_ до кардиоверсии**

не менее 3 недель

**10. При наличии структурных заболеваний сердца (значительная гипертрофия**

**ЛЖ‚ верифицированная ИБС, систолическая дисфункция ЛЖ) препаратом выбора для**

**профилактики пароксизмов ФП является**

амиодарон

**11. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через**

**\_\_\_ дней**

15

**12. Пациент относится к группе состояния здоровья**

IIIA

**Ситуационная задача №131**

**Ситуация**

Молодой человек 28 лет, обратился к

участковому врачу—терапевту.

**Жалобы**

На умеренные приступообразные боли в животе, больше справа, усиливающиеся перед дефекацией и уменьшающиеся после, вздутие живота, учащение стула до 4 раз в

сутки, стул жидкий, без патологических примесей, болезненные язвы в ротовой полости,

похудение на 7 кг за последние 3 месяца, повышение температуры тела до 37°C, преимущественно в вечернее время, слабость.

**Анамнез заболевания**

Работает менеджером в магазине. У матери язвенная болезнь желудка.

Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1—2 раз в год), аденоидактомия в 12 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций,

сахарного диабета отрицает. Курит в течение 4 лет‚ 6—7 сигарет в день, алкоголь — некрепкие напитки, раз в 2—3 недели.

**Анамнез жизни**

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда после пережитого стресса впервые появились боли в животе. К врачам не обращался, принимал но—шпу с положительным

эффектом. Через несколько месяцев боли в животе усилились, стали беспокоить в ночное время, участился стул до 3—4 раз в сутки, повысилась температура тела до 38,9С, появились болезненные язвы в ротовой полости. Вызвал скорую помощь, врачи провели в/в инфузию препарата (название не уточняет)‚ после чего самочувствие улучшилось. Затем в течение 5 дней ходил на работу, сохранялась общая слабость. В связи с сохранением симптомов решил обратиться к участковому терапевту по месту жительства для обследования.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжестиза счет болевого синдрома, слабости.Нормостенический тип конституции.Рост 175 см, вес 72 кг. Температуратела 36,99С. Кожные покровы ислизистые обычной окраски ивлажности, отеков нет. При осмотре

ротовой полости выявлены единичные афты слизистой оболочки. Костно—мышечная система без особенностей. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, 4CC 76 ya/

мин, ритм правильный. АД 125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной и надлобковой областях; печень, селезенка не увеличены, перкуторно — границы в пределах нормы. Почки не пальпируются. Мочеиспускание

свободное. Осмотр рег гесіит безболезненный, на перчатке кал обычного цвета.

**1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)**

общий анализ крови

биохимический анализ крови

копрограмма

**2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (выберите 2)**

колоноскопия

эзофагогастродуоденоскопия

**3. На основании клинических, лабораторных и инструментальных методов**

**исследования наиболее вероятным диагнозом является**

Болезнь Крона, терминальный

илеит

**4. Для формулирования диагноза и определения тактики лечения в первую**

**очередь необходимо определить**

тяжесть текущего обострения (атаки)

**5. Тяжесть атаки у данного пациента**

средняя

**6. Аутоиммунным проявлением, имеющимся у данного пациента, и связанным с активностью заболевания, является/являются**

афтозный стоматит

**7. Рациональной диетической рекомендацией пациенту является питание с**

повышенным содержанием белка‚ нормальным количеством жиров, ограничением легкоусвояемых углеводов

**8. В качестве индукции ремиссии данному пациенту показано назначение**

глюкокортикостероидов

**9. После проведенного курса индукционной терапии у пациента достигнута ремиссия заболевания. Поддерживающая противорецидивная терапия включает в себя назначение**

иммуносупрессоров

**10. При назначении данному пациенту иммуносупрессоров необходимо контролировать**

уровень лейкоцитов и печеночных проб

**11. Основным способом реабилитации пациентов является профилактика инфекций**

оппортунистических

**12. Прогностически неблагоприятным фактором при болезни Крона является**

Курение

**Ситуационная задача №132**

**Ситуация**

Девушка 31 год, обратилась к участковому врачу—терапевту.

**Жалобы**

На ноющие боли в эпигастрии, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, чувство переполнения желудка после обычного приема пищи, вздутие живота после еды, отрыжка воздухом, неустойчивость стула, общая слабость.

**Анамнез заболевания**

Работает продавщицей в магазине. Наследственный анамнез: у матери сахарный диабет, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез: аллергия на арахис. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания, грипп, операции —кесарево сечение в 26 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного

диабета отрицает. Вредные привычки — курит с 21 года по 3—4 сигареты в день, алкоголь не употребляет.

**Анамнез жизни**

Считает себя больной около 4 лет, когда впервые стала отмечать чувство тяжести в эпигастральной области после еды, отрыжку воздухом. Не лечилась, старалась

соблюдать диету, не употребляла жареные и жирные продукты питания. 2 года назад стали беспокоить боли в эпигастрии, по совету знакомого фармацевта стала принимать

антацидные препараты. Самочувствие улучшилось. На протяжении последних трех месяцев стала отмечать усиление болевых симптомов, появилась склонность к диарее. С этими жалобами обратилась к участковому терапевту для обследования и назначения

лечения.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормостенический тип конституции. Рост 164 см. масса тела 53 кг. Температура тела 36,50С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности, отеков нет. Костно—мышечная система без особенностей. В легких дыхание

проводится по всем полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 13 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 67 уд/ мин, ритм правильный. АД 115/75 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области; печень, селезенка не увеличены, перкуторно границы в

пределах нормы. Почки не пальпируются.

**1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)**

общий анализ крови

биохимический анализ крови

определение в сыворотке крови уровня гастрина—17, пепсиногена | и II

**2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам**

**обследования относятся (выберите 3)**

эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

внутрижелудочная рН—метрия

рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

**3. Основным клиническим диагнозом, выставленным на основании клинических,**

**лабораторных и инструментальных методов исследования, является**

Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с Helicobacter pylori

**4. К неинвазивным методам определения Нейсорасіег руіогп относится**

дыхательный тест с изотопом C13

**5. Для проведения морфологического исследования рекомендован**

**забор \_\_\_ биоптатов**

5

**6. Лечение основного заболевания у данной пациентки заключается в назначении**

Эрадикационной антихеликобактерной терапии

**7. Стандартная тройная эрадикационная терапия первой линии включает в себя**

ингибитор протонной помпы, кларитромицин, амоксициллин

**8. Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет \_\_\_ дней/день**

14

**9. Контроль эффективности эрадикации H.pylori nocne завершения терапии необходимо провести не ранее чем через нед**

4

**10. В период обострения данного заболевания целесообразно назначение**

заместительной терапии секреторной недостаточности желудка

**11. Пациентке следует назначить диетический стол №**

1

**12. Пациентка относится к группе состояния здоровья**

IIIБ

**Ситуационная задача №133**

**Ситуация** Мужчина 66 лет был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара после обращения в поликлинику по месту жительства.

**Жалобы**

На появление «мурашек» в областикистей и стоп, головокружение,общую слабость, боли в языке.Отмечает, что коллеги по работезаметили бледность кожи, ижелтоватый цвет склер.

**Анамнез заболевания**

Другие хронические заболевания: Хроническая обструктивная болезнь лёгких.

Наследственность — отец умер от рака (какого не помнит) в 68 лет. Курит 1 пачку в день в течение —20 лет. Индекс курящего человека — 20 пачка/лет. Профессиональных вредностей не имеет Аллергических реакций не было

**Анамнез жизни**

В возрасте 59 лет у пациента внезапно, в покое, возникло чувство жжения за грудиной, сопровождавшееся повышенной потливостью, чувством нехватки воздуха и страхом смерти. Данные жалобы сохранялись в течение нескольких часов. Обращался в

поликлинику по месту жительства. На снятой электрокардиограмме патологии не выявлено. В виду тяжёлого состояния и сохраняющегося болевого синдрома

пациент был госпитализирован с диагнозом «Острый коронарный синдром». В стационаре повторно снята ЭКГ — без признаков ишемии. Исследованы тропонины: тропонин 1=0.1 нг/мл, тропонин Т=0.01 нг/мл. Учитывая жалобы на остро возникшую нехватку воздуха, был оценён риск развития тромбоэмболии лёгочной артерии: по шкале \е5 0 баллов (низкий риск ТЭЛА), по шкале Geneva 0 баллов (низкий риск ТЭЛА); на ЭКГ признаков перегрузки правых отделов нет. При проведении ЭхоКГ: ЛП из апикальной позиции 4.0х5.0, ЛП 2.5 — 4.0, ПП из апикальной

позиции 2.6х4.2 см, КДО ЛЖ 43 мл, КСО ЛЖ 50 мл, давление в ЛА 28 мм рт. ст., ФВ по методу Симпсона 53%, зон гипо—, дис—, акинезии не выявлено. СДЛА 17 мм рт. ст.

Показаний к проведению КТ ангиографии с контрастированием с целью исключения ТЭЛА не было. Тогда же, при более детальном опросе выяснилось, что пациент отмечал появление болей сразу после приёма пищи (был на GaHkete), rae выпил «большое количество алкоголя». Помимо этого, обращало на себя внимание, что за последние

полгода одежда стала велика на 2 размера. Была проведена ЭГДС с биопсией. Заключение: язва малой кривизны в области кардиального otgena; Forrest III. При биопсии были выявлены низкодифференцированные клетки. С целью поиска отдалённых

метастазов проводились УЗИ бпюшной полости (метастазы в п/у по малои кривизне, в воротах печени, в печени не выявлены)‚ УЗИ малого таза (метастаз Шницлера не

выявлен), УЗИ мягких тканей околопупочной области (метастаз сестёр Айриш не выявлен); при пальпации области между ножек грудино—ключичной мышцы слева

увеличенных л/у (метастаз Вирхова) обнаружено не было. После нескольких курсов химиотерапии пациенту была проведена проксимальная субтотальная

резекция желудка. При выписке рекомендовано наблюдение онколога по месту жительства, соблюдение строгой диеты. На протяжении последующих 7 лет

состояние оставалось удовлетворительным, однако, в течение последнего месяца

появились парестезии по типу перчаток и носков, отметил снижение всех видов чувствительности и аппетита, общую слабость, в связи с чем обратился в поликлинику по м/ж, откуда был госпитализирован в стационар с подозрением на транзиторную ишемическую атаку.

**Объективный статус**

Состояние при поступлении среднейстепени тяжести. Температура тела —36,8°С. При осмотре кожные покровыбледно—розовые. Видимыеслизистые: бледные, склерысубиктеричны. Периферическихотёков нет. Периферическиелимфоузлы не увеличены. Рост 188см, вес 78 кг, индекс массы тела 22кг/м2. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных ипассивных движений полный. Груднаяклетка цилиндрической формы. Присравнительной перкуссии легких звукясный легочный. При аускультациидыхание жесткое, сухие хрипы надвсей поверхностью лёгких. Частотадыхательных движений — 19 в минуту,SpOz2 — 97%. При осмотрепрекардиальной областипатологических деформаций невыявлено. При пальпации областисердца верхушечный толчоклокализуется в \/ межреберье на 1 смкнутри от левой срединно ключичнойлинии. Границы относительнойсердечной тупости: правая — поправому краю грудины, верхняя —нижний край |! ребра, левая — на 2 смкнутри от левой срединно—ключичнойлинии в \/ межреберье. Приаускультации сердца: тоны сердцаритмичные, приглушённые. Шумовнет. 1 и || тоны без изменений. Частотасердечных сокращений — 88 ударов вминуту, Пульс ритмичный,симметричный на обеих руках,нормального наполнения инапряжения. Артериальное давление— 123185 мм рт. ст. Язык: атрофия

сосочков языка («лакированный» язык). Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации живота по методу Образцова—Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову —9х9х8 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание, со слов пациента,

без особенностей.

**1. При обследовании пациента лабораторная диагностика должна включать (выберите 3)**

общий анализ крови

определение содержания витамина B12 и B9 в сыворотке крови

биохимический анализ крови

**2. Для дифференциальной диагностики с миелодиспластическим синдромом пациенту**

**показано проведение**

цитологического исследования мазка костного мозга

**3. На основании проведённого обследования пациенту может быть сформулирован**

**диагноз**

В12 дефицитная анемия

**4. Пациенту показана консультация невропатолога для исключения/подтверждения возможного наличия у него**

фуникулярного миелоза

**5. Пациенту показано проведение терапии**

цианкобаламином

**6. Для этого пациента оптимальным способом введения цианкобаламина будет**

парентеральное введение

**7. На третий день терапии цианкобаламином у пациента развился лекарственный**

**аллергический дерматит, что требует**

добавления к терапии преднизолона внутрь

**8. Ранним критерием эффективности терапии на 5—7 день лечения цианкобаламином будет**

ретикулоцитарный криз

**9. Ежедневная терапия цианкобаламином у данного пациента должна**

продолжаться 10—14 дней после нормализации показателей крови

**10. Наиболее вероятной причиной развития В12—дефицитной анемии у**

**пациента является**

резекция желудка в анамнезе

**11. Ятрогенной причиной развития дефицита витамина В12 может стать длительный**

**приём**

метформина

**12. При подозрении на наличие у пациента В12 дефицитной анемии**

**проведение терапии «ех**

**juvantibus» витамином B12**

Не рекомендуется ни при каких условиях

**Ситуационная задача №134**

**Ситуация**

Пациент 67 лет поступил в приёмное отделение терапевтического стационара.

**Жалобы**

на одышку в покое и приминимальной физической нагрузке;— на выраженную слабость;

Ha сухой кашель, без отделения мокроты, без чёткого провоцирующего фактора;

Ha отеки нижних конечностей.

**Анамнез заболевания**

Туберкулёз, венерические заболевания, инфаркт миокарда —

отрицает. Перенесённые заболевания: транзиторная ишемическая атака от

2014г. Наследственность: отец — острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда (умер в 60 лет)‚ мать — острое нарушение мозгового

кровообращения, ЭКС (умерла в 60 лет)‚ брат — тромбоэмболия лёгочной

артерии (умер в 55 лет).

— Вредные привычки: отрицает.

Аллергоанамнез: аллергические реакции отрицает

Профессиональных вредностей не имел.

**Анамнез жизни**

Длительный анамнезгипертонической болезни смаксимальным подъёмом АД до 200/110 мм рт. ст. Адаптирован к АД135—145/85—90 мм рт. ст. на фоне

регулярной антигипертензивной терапии (лизиноприл 20 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут на протяжении последних 5—и лет). В возрасте 61 года был госпитализирован в стационар в связи с головной болью, головокружением, тошнотой и рвотой. Со слов пациента, диагностирована транзиторная ишемическая атака. На ЭКГ верифицирована фибрилляция предсердий (ЭКГ не предоставлена). Назначена терапия варфарином 2.5

S inmnmerettn cce e ie мг 2 табл., которую пациент тщательно регулярно принимает до настоящего времени (МНО при последнем контроле 1 месяц назад — 1.79), С 63—х летнего возраста отметил появление сухого кашля без отделяемой мокроты. Проводилась оценка функции внешнего дыхания, была исключена кашлевая форма бронхиальной астмы. 6 месяцев тому назад, на фоне перенесенной ОРВИ, отметил появление одышки при физической нагрузке и отеков нижних конечностей к концу дня. В связи с ухудшением самочувствия на протяжении последнего месяца которое проявляется в снижении толерантности к физической нагрузке— одышка стала появляться при минимальных физических нагрузках и часто в покое, нарастании отеков нижних конечностей, присоединении выраженной общая слабости, усилении кашля, обратился за медицинской помощью.

**Объективный статус**

Состояние тяжёлое, обусловленное вышеперечисленными жалобами.

Положение ортопноэ. Нормостенического телосложения, нормального питания. При осмотре кожные покровы тёплые, бледные. Акроцианоз губ, конечности холодные. Отёки голеней до уровня колен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. При осмотре сосудов шеи обращает внимание положительный венозный пульс на высоте вдоха. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии грудной клетки ниже угла

лопатки с обеих сторон определяется притупление ясного лёгочного звука. При аускультации дыхание жёсткое, в нижних отделах, в проекции притупления перкуторного звука, множество влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов. Частота дыхательных движений —24 в минуту, сатурация $рОг — 95% без респираторной поддержки. При

осмотре прекардиальной области патологических пефопманий не выявлено. | ри пальпации ОБЛЭСТИ сердца верхушечный толчок, увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно—ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя —нижний край II ребра, левая —на 2 см

кнаружи от левой срединно— ключичной линии в \/ межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные. На верхушке выслушивается систолический шум,

проводящийся в левую подмышечную область. Над мечевидным отростком выслушивается систолический шум без проведения на близлежащие области, усиливающийся на вдохе. Выслушивается акцент 1! тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту, Пульс неритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицит пульса — 9. Артериальное давление — 85 и 50 мм рт. ст. Живот не увеличен в размерах, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При

глубокой пальпации живота по методу Образцова—Стражеско патологии не выявлено. Размеры печени по Курлову —15х10х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна.

Селезенка: пальпируется нижний полюс на 4 см ниже края левой реберной дуги; перкуторно — 10х9 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание: учащённое, безболезненное. Стул: 1 раз/2 дня.

**1. Инструментальное обследование пациента должно включать проведение (выберите 3**)

эхокардиографии

электрокардиографии

рентгенографии органов грудной клетки

**2. Лабораторные методы исследования, необходимые для включения в план обследования пациента включают (выберите 4)**

общий анализ крови

биохимический анализ крови

натрийуретические гормоны крови

общеклинический анализ мочи

**3. Причиной ухудшения состояния и госпитализации**

**пациента является**

декомпенсация хронической сердечной недостаточности

**5. Препаратами «первой линии» для лечения пациента являются**

— ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)

**6. В случае развития непереносимости иАПФ данному пациенту показано**

**назначение**

антагонистов рецепторов ангиотензина |! (АРА)

**7. Препаратами «второй линии» терапии ХСН, которые должны быть назначены**

**пациенту с целью влияния на прогноз после блокаторов РААС являются**

бета—адреноблокаторы

**8. К бета—адреноблокаторам, которые могут быть назначены данному пациенту**

**относятся**

бисопролол, небиволол, метопролол сукцинат, карведилол

**9. Препаратами «третьей линии» терапии ХСН, которые должны быть назначены**

**пациенту с целью влияния на прогноз являются**

антагонисты альдостерона

**10. Пациент принимает варфарин по поводу фибрилляции предсердий. Целевой диапазон МНО для данного пациента составляет**

2 — 3

**11. Учитывая значение МНО=1,79 на фоне терапии варфарином в дозе 5 мг/сут**

**при хорошей приверженности пациента к терапии, ему можно рекомендовать переход на**

пероральные антикоагулянты

**12. При назначении антагонистов альдостерона в комбинации с блокаторами**

**РААС и бета— адреноблокаторами, для контроля безопасности терапии пациенту необходимо контролировать уровень**

калия сыворотки

**Ситуационная задача №135**

**Ситуация**

Женщина, 34 года, обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы**

На тянущие боли в эпигастрии, возникающие натощак и купирующиеся после приема пищи, на ощущение наполнения желудка после обычного приема пищи, вздутие живота после еды, отрыжку воздухом, неустойчивость стула, на общую слабость.

**Анамнез заболевания**

Работает администратором в фитнес— центре. Наследственный анамнез: у матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез: аллергия на рабу. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания, операции — кесарево сечение в 28 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки — курит с 20 net no 5—6 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

**Анамнез жизни**

Считает себя больной около 5 net, когда впервые появились чувство тяжести в эпигастрии после еды, отрыжка воздухом. К врачам не обращалась, лекарств не принимала,

придерживалась диеты с ограничением жареных и жирных продуктов питания. Три года назад стали беспокоить боли в эпигастральной области, по совету знакомого фармацевта стала принимать антацидные препараты, на фоне чего самочувствие улучшилось. На протяжении нескольких месяцев стала отмечать усиление вышеописанных симптомов,

появилась тенденция к диарее. С этими жалобами обратилась к врачу общей практики.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормостенический тип конституции. Рост 166 см. вес 58 кг. Температура тела 36,30С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и

влажности, отеков нет. Костно— мышечная система без особенностей. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 69 уд/ мин, ритм правильный. АД 110165 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области; печень, селезенка не увеличены, перкуторно границы в пределах нормы. Почки не пальпируются.

**1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)**

общий анализ крови

биохимический анализ крови

определение в сыворотке крови уровня гастрина—17, пепсиногена |и ||

**2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (выберите 3)**

эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

внутрижелудочная рН—метрия

рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

**3. Основным клиническим диагнозом, выставленным на основании клинических,**

**лабораторных и инструментальных методов исследования, является**

Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с Helicobacter pylori

**4. К неинвазивным методам определения Нейсорасіег**

**руіогі относится**

дыхательный тест с изотопом С13

**5. При проведении биопсии желудка во время эзофагогастродуоденоскопии**

**рекомендовано забор \_\_\_ фрагментов для выполнения морфологического исследования**

5

**6. Данной пациентке показано ^**

проведение эрадикационной терапии Н. руіоп

**7. Стандартная тройная эрадикационная терапия первой линии включает в себя**

ингибитор протонной помпы, кларитромицин, амоксициллин

**8. Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет \_\_\_ дней/день**

14

**9. После завершения эрадикации H.pylori эффективность проведенного лечения необходимо проконтролировать не ранее чем через \_ нед**

4

**10. В период обострения данного заболевания целесообразно назначение**

заместительной терапии секреторной недостаточности желудка

**11. Пациентке следует назначить диетический стол №**

1

**12. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_\_ дней**

15

**Ситуационная задача №136**

**Ситуация**

Мужчина 32 лет‚ обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

На схваткообразные боли в животе, больше справа, усиливающиеся перед дефекацией и уменьшающиеся после нее вздутие живота, на учащение стула до 4 раз в сутки (стул

жидкий, без патологических примесей). На болезненные язвы в ротовой полости, на потерю веса на 8 кг за последние 3 месяца, на субфебрильную температуру до 37,30

С, преимущественно в вечернее время, на общую слабость.

**Анамнез заболевания**

Работает водителем. У матери хронический калькулезный холецистит, хронический панкреатит. Аллергические реакции на пищевые продукты, медикаменты отрицает. Из

перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1—2 раз в год), аппендэктомия в 12 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит в

течение 5 лет по 10 сигарет в день, алкоголь — преимущественно пиво, раз в 2—3 недели.

**Анамнез жизни**

Считает себя больным в течение года, когда впервые появились боли в животе. К врачам не обращался, принимал спазмолитики с положительным эффектом. Неделю назад боли в животе усилились, стали беспокоить в ночное время, участился стул до 3—4 раз в сутки,

повысилась температура тела до 38,5 9С, появились афтозные высыпания в ротовой полости. В течение нескольких дней принимал НПВС, на фоне чего температура снизилась до 36,8—37,00С. В связи с сохранением симптомов обратился к врачу общей практики по месту жительства.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести за счет болевого синдрома, слабости. Нормостенический тип конституции. Рост 177 см, вес 73 кг. Температура

Tena 37,19°C. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности, отеков нет. При осмотре ротовой полости выявлены единичные афты слизистой оболочки.

Костно—мышечная система без особенностей. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 56 уд/ мин, ритм правильный. АД 115/70 мм рт ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной и надлобковой областях; печень,

селезенка не увеличены, перкуторно — границы в пределах нормы. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Ocmotp per rectum безболезненный, на перчатке кал обычного цвета.

**1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)**

общий анализ крови

биохимический анализ крови

копрограмма

**2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (выберите 2)**

колоноскопия

эзофагогастродуоденоскопия

**3. На основании клинических, лабораторных и инструментальных методов**

**исследования наиболее вероятным диагнозом является**

Болезнь Крона, терминальный илеит

**4. Для формулирования диагноза и определения**

**тактики лечения в первую очередь необходимо определить**

тяжесть текущего обострения (атаки)

**5. Тяжесть атаки у данного пациента**

среднетяжелая

**6. Аутоиммунным проявлением, имеющимся у данного пациента, и связанным с активностью заболевания, является**

афтозный стоматит

**7. Пациенту показано питание**

с повышенным содержанием белка, стандартным количеством жиров, ограничением легкоусвояемых углеводов

**8. С целью достижения ремиссии необходимо назначить**

глюкокортикостероиды

**9. После проведенного курса индукционной терапии у пациента достигнута**

**ремиссия заболевания. Поддерживающая противорецидивная терапия включает в себя назначение**

иммуносупрессоров

**10. При назначении данному пациенту иммуносупрессоров**

**необходимо контролировать**

— уровень лейкоцитов и печеночных

проб

**11. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_\_ дней**

\* 15

**12. Пациент относится к группе состояния здоровья**

IIIА

**Ситуационная задача №137**

**Ситуация**

Больной К., 39 лет‚ охранник, обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

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

**Анамнез заболевания**

Пациент работает охранником, пищу принимает нерегулярно. Курит по 1 пачке сигарет в день на протяжении 15 net, по выходным употребляет спиртные напитки в объеме 100 mn/день. У матери больного

диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

**Анамнез жизни**

Считает себя больным в течение 5 net, когда впервые появились боли в эпигастрии, по поводу чего стал самостоятельно принимать пантопразол. Ежегодно обострение

заболевания отмечает в весенний и осенний период, при появлении боли принимает пантопразол в течение 1—2 недель. Текущее ухудшение состояния около 2 недель, когда усилились вышеописанные боли, появились тошнота и отрыжка.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 74 удара в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Мюсси, Ортнера, Кера и Щеткина— Блюмберга отрицательные. Размеры

печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отринательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

**1. Обязательными лабораторными методами обследования являются**

**(выберите 2)**

общий анализ крови

анализ кала на скрытую кровь

**2. Для постановки диагноза необходимо выполнить**

эзофагогастродуоденоскопию с биопсией слизистой оболочки и диагностикой Н.руlori

**3. Наиболее вероятным диагнозом является**

Язвенная болезнь желудка в стадии обострения

**4. Самым частым осложнением данного заболевания является**

кровотечение

**5. Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антихеликобактерную**

**терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с**

кларитромицином и амоксициллином

**6. Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет (в неделях)**

4—6

**7. Обязательным препаратом в составе четырехкомпонентной схемы эрадикации Нейсорасіег руіогпі является**

висмута трикалия дицитрат

**8. Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка является**

инфицирование слизистой xenyaka H.pylori

**9. Язвенное поражение слизистой желудка наиболее часто вызывает прием**

аспирина

**10. Болевой синдром при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке**

**характеризуется**

появлением боли через 1—1,5 часа после еды и в ночные часы

**11. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_\_ дней**

15

**12. Пациент относится к группе состояния здоровья**

IIIA

**Ситуационная задача №138**

**Ситуация**

Больной В., 27 лет‚ обратился к врачу общей практики в поликлинику по месту жительства.

**Жалобы**

Неинтенсивная тянущая боль в поясничной области с обеих сторон, общая слабость, быстрая утомляемость, головная боль в затылочной области, отеки на ногах и лице, изменение цвета мочи (темно коричневый)‚ уменьшение количества, выделяемой мочи.

**Анамнез заболевания**

B детстве нечасто болел ОРВИ. В возрасте 12 лет — аппендэктомия. Работает на стройке, разнорабочим. В армии служил. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез не отягощен. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Постоянно лекарственные препараты не принимает

**Анамнез жизни**

Три недели назад перенес простудное заболевание: повышение температуры тела до 37,5 — 37,8°C, озноб, першение и боль в горле, заложенность носа, сухой кашель. За

медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал НПВС, сосудосуживающие капли интраназально, спрей для горла. Состояние на фоне лечения

улучшилось на 4—е сутки. Все это время продолжал работать. Ухудшение самочувствия в течение 3— х дней, когда появились вышеописанные жалобы.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°С. Рост 180 см, масса тела 85 кг, ИМТ 26кг/м2. Кожный покров бледный, сухой. Пастозность кистей, стоп, бедер, параорбитальных областей. Перкуссия грудной клетки — звук ясный легочный, аускультативно — дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД — 18 в 1 MMH Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС = Р5 = 96 уд. в мин.

АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются. Область почек визуально без особенностей. Через переднюю брюшную стенку почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с

обеих сторон. Мочеиспускания свободные, безболезненные. Цвет мочи — коричневый. Диурез снижен (со слов пациента).

**1. В качестве дообследования пациенту необходимо**

**провести (выберите 2)**

общий анализ мочи

исследование титра антистрептококковых антител (АСЛ—0)

**2. Исключение структурных изменений почек может быть проведено посредством**

ультразвукового исследования почек и надпочечников

**3. Проведение нефробиопсии пациенту не показано в связи с отсутствием**

нефротического синдрома

**4. Вероятной причиной заболевания у данного пациента является**

стрептококк группы А

**5. Предполагаемыи основнои диагноз у данного пациента может быть сформулирован**

**как**

Острый нефритический синдром (острый постстрептококковый гломерулонефрит)

**6. Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях**

стационара (специализированного отделения — нефрологического)

7**. Пациенту необходимо соблюдать режим в течение**

постельный; 3—4 недель

**8. Пациенту в данной клинической ситуации рекомендуется диета с ограничением потребления**

соли (до 1—2 г/сут) и жидкости в острый период болезни

**9. Показанием к назначению антибактериальной терапии данному пациенту является**

наличие подтвержденной стрептококковой инфекции

**10. Для коррекции артериального давления пациенту показано назначение**

блокаторов медленных кальциевых каналов

**11. При высокоактивном течении заболевания необходимо назначение**

глюкокортикостероидов

**12. Показанием к проведению нефробиопсии может являться**

прогрессирующее ухудшение функции почек

**Ситуационная задача №139**

**Ситуация**

Мужчина 65 лет обратился к врачу терапевту.

**Жалобы**

На сжимающие боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке (ходьба по ровной местности более 500 метров, при подъеме на 3 этаж), сопровождающиеся чувством нехватки воздуха и купирующиеся в покое. На боли в затылочной области при повышении давления до 160195 мм рт. ст,

**Анамнез заболевания**

Работает инженером на заводе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит в течение 30 лет‚ около 15 сигарет/день, алкоголем He зпоупотреёляет.

**Анамнез жизни**

Из анамнеза известно, что пациент страдает гипертонической болезнью около 10 лет с максимальным подъемом АД до 160/100 мм рт. ст., но адекватной антигипертензивной терапии не получал, уровень АД не контролировал. Около 3 месяцев назад присоединились загрудинные сжимающие боли при физической нагрузке (при быстрой ходьбе, при подъеме в гору) и проходящие в покое. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано повышение АД 160/95 мм рт. ст.; в биохимическом анализе крови выявлена гиперлипидемия. Пациенту была назначена терапия: эналаприл в дозе 10 мг в сутки, аторвастатин 10 мг. Пациент гипотензивную и липидснижающую терапию принимал нерегулярно. Обратился в поликлинику в связи с сохраняющимися эпизодами повышения АД и сжимающими болями за грудиной при физической нагрузке.

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ожирение | степени (рост 180 см, вес 105 кг, ИМТ 32,4 кг/см?); абдоминальное ожирение (объем талии 110 см). Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Отеков нет. Костно—мышечная система без особенностей. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчив. В легких дыхание жесткое, проводится во всех отделах, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны приглушены, ритмичные, акцент |! тона над проекцией аорты. ЧСС — 82 уд. вмин., АД — 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**1. Для постановки диагноза в план обследования пациента необходимо включить**

**(выберите 5)**

общий анализ крови

липидный профиль

креатинин крови

гликемия натощак и гликозилированный гемоглобин.

тропонин |

**2. Инструментальное обследование пациента должно включать проведение (выберите 2)**

электрокардиограммы (ЭКГ) покоя в 12 отведениях

трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ)

**3. В соответствии с принятыми клиническими рекомендациями «Стабильная ишемическая болезнь сердца» предтестовую вероятность наличия ИБС у пациента можно оценить в %**

44

**4. На основании проведенного обследования пациенту может быть сформулирован**

**предварительный диагноз**

Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения II ФК

**5. Kpoме ИБС у пациента на протяжении примерно 10 лет отмечается повышение АД,**

**что должно быть расценено как гипертоническая болезнь \_\_\_ стадии, \_\_\_степени, риск**

III стадии; II степени; риск ССО 4

**6. Немедикаментозная терапия для пациента должна включать ограничение употребления в пищу**

соли

**7. С целью устранения стенокардии и улучшения качества жизни пациенту в первую очередь показано назначить**

бета—адреноблокатор

**8. Для профилактики развития ССО пациенту показано назначение**

аторвастатина

**9. Целевыми значениями липидснижающей терапии у данного пациента будут**

**являться значения ЛПНП \_\_\_ ммоль/л**

<1,4

**10. Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациенту**

**рекомендуется назначить**

ацетилсалициловую кислоту в дозе 75 —150 мг/сутки

**11. Целевое значение уровня систолического АД у данного пациента на фоне антигипертензивной терапии менее \_\_\_ мм рт. ст**

130 — 139

**12. Противопоказанием для использования радиального доступа при проведении ЧКВ у пациентов с ИБС является**

малый диаметр лучевых артерий

ЗАДАЧА 140

ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ ТЕРАПЕВТУ. Жалобы на момент осмотра не предъявляет. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакции не было. Отец здоров, мать умерла в возрасте 43 лет от ИМ, бабушка по материнской линии умерла в возрасте 50 лет от ИМ. У ребенка 7 лет уровень ОХС 7 ммол/л.

Три года назад при плановом посещении врача поликлиники выявлено повышение уровня ОХС до 10 ммоль/л. Было рекомендовано соблюдение гиполипидемической диеты, на фоне которой ОХС 9.34 ммоль/л. Анализ липидного спектра не проводился. Состояние удовольтворительное рост 170 см масса 56 кг. ИМТ 19.4 Кожные покровы обычной окраски и влажности. Ксантелазмы обоих век. Ксантома ахилова сухожилия справа. Липоидная дуга роговицы. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание везикулярное проводится во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные ЧСС 68 в мин. АД 110 на 70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный; печень селезенка не пальпируются, перкуторно - их границы в пределах нормы. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива.

ОТВЕТЫ:

1. ХС-ЛПНП., ОХС., ХС-ЛПВП., ТГ.
2. УЗИ БРАХИОЦЕФЙАЛЬНЫХ АРТЕРИИ. УЗИ АРТЕРИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
3. СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНОМИИ.
4. ГЕТЕРОЗИГОТНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ.
5. DUTCH LIPID CLINIC NETWORK.
6. ОПРЕДЕЛЕННАЯ. (ОПРЕДЕЛЕННАЯ >8 БАЛЛОВ., ВЕРОЯТНАЯ 6-8 БАЛЛОВ., ВОЗМОЖНАЯ 3-5 БАЛЛОВ.
7. ВЫСОКОГО РИСКА.
8. ОГРАНИЧЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАСЫШЕННЫХ ЖИРОВ И ТРАНС-ЖИРОВ.
9. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХС-ЛПНП 2.5 ММОЛЬ/Л.
10. АТОРВАСТАТИН 80 МГ/СУТ.
11. БОЛЬШЕ 8.( КРИТЕРИИ DLCN УЧИТЫВАЮТ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНАМНЕЗА, ИНДИВИДУАЛЬНОГО АНАМНЕЗА, ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ., УРОВЕНЬ ХС-ЛПНП И АНАЛИЗ ДНК. ДИАГНОЗ ВЫСТАВЛЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ СУММЫ БАЛЛОВ ПОЛУЧЕННЫХ В КАЖДОЙ ГРУППЕ. ВНУТРИ ГРУППЫ БАЛЛЫ НЕ СУМИРУЮТСЯ. УЧИТЫВАЕТСЯ ТОЛЬКО ОДИН ПРИЗНАК ДАЮЩИЙ МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ВНУТРИ КАЖДОЙ ИЗ ГРУПП. )
12. 24. ( РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ СГХС ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИИ 1 РАЗ В 2 ГОДА ПРИ СТЕНОЗЕ МЕНЕЕ 50%- 1 РАЗ В ГОД. ПРИ СТЕНОЗЕ 50% И БОЛЕЕ 1 РАЗ В 6 МЕСЯЦЕВ ПРИ НАЛИЧИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК.)

**ЗАДАЧА 141.**

ЖЕНЩИНА 67 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ ТЕРАПЕВТУ.

ЖАЛОБЫ НА ПРИСТУПЫ УЧАЩЕННОГО НЕРИТМИЧНОГО СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВНЕ СВЯЗИ С ПРОВОЦИРУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДО 30-40 МИН, С ЧАСТОТОЙ ДО 2 РАЗ В НЕДЕЛЮ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ОБЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ ЧУВСВОМ НЕХВАТКИ ВОЗДУХА И КУПИРУЮЩИЕСЯ ПРИЕМОМ АНАПРИЛИНА 20 МГ СУБЛИНГВАЛЬНО ИЛИ КОРВАЛОЛОМ. ПОСЛЕДНИЙ ПРИСТУП ДЛИТСЯ В ТЕЧЕНИИ 4 ДНЕЙ. РАБОТАЕТ ЗАВЕДУЮЩЕЙ УЧЕБНОЙ ЧАСТИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ. СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ НЕ ОТЯГОЩЕН. АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИИ К МЕДИКАМЕНТАМ НЕ ОТМЕЧАЕТ. ИЗ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИИ АППЕНДИКТОМИЯ 10 ЛЕТ НАЗАД. НАЛИЧИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА, ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИИ, СД ОТРИЦАЕТ, КУРЕНИЕ ОТРИЦАЕТ, АЛКОГОЛЕМ НЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЕТ.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ В ТЕЧЕНИИ 10 ЛЕТ С МАКСИМАЛЬНЫМ ПОВЫШЕНИЕМ АД ДО 170/100 ММ.РТ.СТ. ОБЫЧНОЕ АД НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 130/80 ММ.РТ.СТ. СЧИТАЕТ СЕБЯ БОЛЬНОЙ ОКОЛО 2-Х ЛЕТ КОГДА ВПЕРВЫЕ СТАЛА ОТМЕЧАТЬ ЭПИЗОДЫ УЧАЩЕННОГО НЕРИТМИЧНОГО СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ОСНОВНОМ ПРИФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ БОЛЕЕ 10 МИН. И КУПИРУЮЩИЕСЯ В ПОКОЕ. ПО ДАННЫМ ХМ-ЭКГ ПРОВЕДЕННОГО 2 ГОДА ТОМУ НАЗАД:ОСНОВНОЙ РИТМ СИНУСОВЫЙ

С ЧСС 45 УД. В МИН. СРЕД. ЧСС 72 УД.В МИН., МАКС. ЧСС 157 УД. В МИН. В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 2-Х ЛЕТ НАБЛЮДАЛАСЬ У КАРДИОЛОГА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ИМЕЛА ОПЫТ ПИЕМА СЛЕДУЮЩИХ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ АЛЛАПИНИН, ПРЛОПАФЕНОН БЕЗ УДОВЛЕТВАРИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА(ДОЗУ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОМНИТ). УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2-Х МЕСЯЦЕВ В ВИДЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФП ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДО 30-40 МИН. И КУПИРУЮЩИЕСЯ ПРИЕМОМ АНАПРИЛИНА И КОРВАЛОЛА. ПОСЛЕДНИЙ ПАРОКСИЗМ ВОЗНИК 4 ДНЯ НАЗАД, НЕ КУПИРУЮЩИСЯ АМБУЛАТОРНО. ПОСТОЯННО ПРИНИМАЕТ БЕТАЛОК-ЗОК 50 МГ УТРОМ, ЭНАЛАПРИЛ 10 МГ В СУТКИ. СО СЛОВ ПАЦИЕНТКИ АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ ЭЛИКВИС 5 МГ ПРИНИМАЛА НЕ ПОСТОЯННО, В ВИДЕ ПРОПУСКОВ В ПРИЕМЕ, ПОСЛЕДНИЙ ПРИЕМ БЫЛ 5 ДНЕЙ НАЗАД.

**ОТВЕТЫ:**

1. **КАЛИЯ. ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**
2. ЭКГ ПОКОЯ В 12-ТИ ОТВЕДЕНИЯХ., ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ, ЭХОКГ.
3. ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ТАХИСИСТОЛЧЕСКИЙ ВАРИАНТ.
4. II СТАДИИ. II СТЕПЕНИ. ССО 3.
5. CHA2DS2VASC РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
6. 3 БАЛЛА.
7. УВЕЛИЧИТЬ ДОЗУ АПИКСАБАНА ДО 10 МГ В СУТ.
8. ПРОВЕДЕНИЕ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКГ.
9. ВЕРНАКАЛАНТА.
10. СОТАЛОЛ.
11. КРЕАТИНИН БОЛЬШЕ 1.5 МГ/ДЛ., +МАССА ТЕЛА МЕНЬШЕ 60 КГ.
12. ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ.

**ЗАДАЧА 142**

ЖЕНЩИНА 39 ЛЕТ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА В ТЕРАПЕВТИЧЕАСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.

ЖАЛОБЫ НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ ПОВЫШЕНИЕМ АД, МАКСИМАЛЬНО ДО 170/100 ММ.РТ.СТ.

* РОСЛА И РАЗВИВАЛАСЬ СООТВЕТСВЕННО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ.
* НЕ КУРИТ, АЛКОГОЛЕМ НЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЕТ;
* ПРОФЕССИЯ:БУХГАЛТЕР.
* АЛЛЕРГИЧЕАСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПЕНИЦИЛЛИН-КРАПИВНИЦА.
* БЕРЕМЕННОСТЬ-1., РОДЫ-1.
* СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ: НЕ ОТЯГОЩЕН.

С 36 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ ПОВЫШЕНИЕ ЦИФР АД МАКСИМАЛЬНО ДО 170/100 ММ.РТ.СТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ФОНЕ ПСИХОЭМОЦИАНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ЧТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗОВАННОЙ В ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ. ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ПРОВОДИЛОСЬ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ, ДАННЫХ ЗА НАЛИЧИЕ СТЕНОЗОВ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ НЕ ПОЛУЧЕНО. ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА НАЗНАЧАЛАСЬ ТЕРАПИЯ МОКСОНИДИНОМ 0.4 МГ В СУТКИ, БЕЗ ЭФФЕКТА.

1. Общий анализ крови., БАК., ОАМ.
2. ЭХОКГ. ЭКГ УЗИ ПОЧЕК.
3. СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ МЕТАНЕФРИНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И ФРАКЦИОНИРОВАННЫХ МЕТАНЕФРИНОВ В СУТОЧНОЙ МОЧЕ.
4. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ
5. II
6. 2 стадия.
7. Высокий
8. Снижение ИМТ НИЖЕ 30
9. ЗАМЕНА МОКСОНИДИНА БЛОКАТОРОМ РААС.
10. АМЛОДИПИН
11. МЕТИЛДОПА
12. СПИРОНОЛАКТОНА

**ЗАДАЧА 143**

**МУЖЧИНА 54 ЛЕТ ВЫЗВАЛ БРИГАДУ СМП.**

ЖАЛОБЫ НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ ШУМ В УШАХ. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТРИЦАЕТ. ИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ-АППЕНДИКТОМИЯ В 15 ЛЕТ. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ЛИЗИНОПРИЛ- АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ: У ОТЦА-ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА. КУРЕНИЕ: КУРИТ В ТЕЧЕНИЕ 20 ЛЕТ ДО 1 ПАЧКИ СИГАРЕТ В ДЕНЬ. АЛКОГОЛЬ:УПОТРЕБЛЯЕТ ПРАКТИЧЕСКИ ЕЖЕДНЕВНО КРЕПКИЕ НАПИТКИ В ПРЕДЕЛАХ 50 Г. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО, ЧТО В ТЕЧЕНИИ 10 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ ПОВЫШЕННОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ МАКСИМАЛЬНО ДО 180/100 ММ.РТ.СТ. ОБСЛЕДОВАЛСЯ В СТАЦИОНАРЕ 5 ЛЕТ НАЗД ВЫСТАВЛЕНА ГИПЕРТОНИЧСЕКАЯ БОЛЕЗНЬ. НАЗНАЧАЛСЯ ЛИЗИНОПРИЛ ОТМЕНЕН В СВЯЗИ СРАЗВИТИЕМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА. ЛЕЧИЛСЯ НЕРЕГУЛЯРНО, ПРИ ПОВЫШЕНИИ АД ПРИНИМАЛ МОКСОНИДИН. СЕГОДНЯ ПОСЛЕТЯЖЕЛОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТЫ(ПОДЪЕМ ШКАФА НА 3 ЭТАЖ) ОТМЕТИЛ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, ШУМ В УШАХ. КРОМЕ ТОГО ПОЯВИЛАСЬ ТОШНОТА НЕОДНОКРАТНО БЫЛА РВОТА КОТОРАЯ НЕ ПРИНЕСЛА ОБЛЕГЧЕНИЯ. БРИГАДОЙ смп ДОСТАВЛЕН СТАЦИОНАР С ДИАГНОЗОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.

**ОТВЕТЫ:**

1. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ
2. ОАК., ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ КРЕАТИНИНА.
3. ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ., РАСЧЕТ ОТНОШЕНИЯ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН.
4. ЭКГ., ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛАЗНОГО ДНА., УЗИ ПОЧЕК.
5. 3 СТЕПЕНЬ
6. II СТАДИЯ.
7. ВЫСОКИЙ ССР
8. СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА
9. ОГРАНИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ
10. ОТКАЗАТЬСЯ ОТ НАЗНАЧЕНИЯ ИАПФ.
11. ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ
12. ДИАЗИДНЫЕ ДИУРЕТИКИ.

**ЗАДАЧА 144.**

МУЖЧИНА, 55 ЛЕТ, ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ С ЦЕЛЬЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ И НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ.

ЖАЛОБЫ НА ДАВЯЩИЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ОТДАЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОДЪЕМЕ НА 2 ЭТАЖ, ПРИ ПРЕОДОЛЕНИИ ДИСТАНЦИИ В 600 М, КОТОРЫЕ САМОСТОЯТЕЛЬНО КУПИРУЮТСЯ ЧЕРЕЗ 5 МИН; НА ПЕРЕОДИЧЕСКИЕ ПОВЫШЕНИЯ АД ДО 180/100 ММ.РТ.СТ.

РОС И РАЗВИВАЛСЯ СООТВЕСТВЕННО ВОЗРАСТУ. РАБОТАЕТ ВОДИТЕЛЕМ АВТОБУСА. ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧК КУРИТ 30 ЛЕТ ПО 1.5 ПАЧКИ В ДЕНЬ, АЛКОГОЛЬ УПОТРЕБЛЯЕТ УМЕРЕННО. СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ: ОТЕЦ УМЕР В 60 ЛЕТ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ НЕ ОТЯГОЩЕН. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ, СТАДИЯ РЕМИССИИ.

НАЛИЧИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА, ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИИ, ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИИ- ОТРИЦАЕТ.

ПАЦИЕНТ СТРАДАЕТ АРТЕРИАЛЬНОГЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ПРОТЯЫЖЕНИИ 8 ЛЕТ, МАКСИМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ АД 180/100 ММ.РТ.СТ. ХОРОШЕЕ САМОЧУВСТВИЕ ПРИ АД 130/100 ММ.РТ.СТ., ПОСТОЯННУЮ ГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ НЕ ПРИНИМАЕТ. ПРИ ЭПИЗОДАХ ПОВЫШЕНИЯ АД ПРИНИМАЕТ КАПТОПРИЛ СУБЛИНГВАЛЬНО С ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ЭФФЕКТОМ И НОРМАЛИЗАЦИЕЙ АД. В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 3 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ДАВЯЩИХ СЖИМАЮЩИХ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ, ИРРАДИРУЮЩИХ В ЛЕВУЮ ПОДЛОПАТОЧНУЮ ОБЛАСТЬ, КОТОРЫЕ ПРИ ПОДЪЕМЕ НА 2 ЭТАЖ И ПРИ ПРЕОДАЛЕНИИ 600 М. ХОДЬБЫ. БОЛИ САМОСТОЯТЕЛЬНО КУПИРУЮТСЯ В ТЕЧЕНИИ 5 МИН. ОТДЫХА. НИЧЕМ НЕ ЛЕЧИЛСЯ. ЗА ПОМОЩЬЮ ОБРАТИЛСЯ ВПЕРВЫЕ.

***ОТВЕТЫ:***

1. ПРЕДТЕСТОВАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ИБС=32%
2. ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СПЕЦИФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИБС.
3. ОАК. ОАМ. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА КРОВИ И РАСЧЕТА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ
4. ЭКГ. ЭХОКГ. ЭХОКГ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ.
5. ИБС. СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ.
6. II Ф. КЛ.
7. ГИПЕРТОНИЧЕКАЯ БОЛЕЗНЬ III СТАДИЯ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 3 СТЕПЕНИ. ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
8. ОРГАНИЧЕСКИЕ НИТРАТЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ.
9. БАБ
10. АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА.
11. АТОРВАСТАТИН
12. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ АНГИОГРАФИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.

ЗАДАЧА 145.

ЖЕНЩИНА 49 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТААЦИОНАРА.

ЖАЛОБЫ НА ПРИСТУПООБРАЗНЫЙ КАШЕЛЬ, МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ ЧАЩЕ ВЕЕРОМ И НОЧЬЮ СО ЗЛИСТО-ГНОЙНОЙ МОКРОТОЙ В НЕБОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ. НА БОЛЬ В ПЕРЕДНЕ-ВЕРРХНИХ ОТДЕЛАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СПРАВА, УСИЛИВАЮЩУЮСЯ ПРИ КАШЛЕ. НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. НА СЛАБОСТЬ НЕДОМОГАНИЕ УТОМЛЯЕМОСТЬ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

БОЛЬНА В ТЕЧЕНИИ 10 ДНЕЙ. ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ СЧИТАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ НОГ В ХОЛОДНУЮ ПОГОДУ НА УЛИЦЕ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОЙ БЫЛО НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ, ЧУВСВОВАЛА СЛАБОСТЬ, НЕДОМОГАНИЕ, УТОМЛЯЕМОСТЬ. ПОЯВИЛАСЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 39.0 С., КОТОРАЯ НЕ СНИЖАЛАСЬ ДО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАЧЕНИИ ДАЖЕ ПРИ ПРИЕМЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ СРЕДСТВ. НА 3-Й ДЕНЬ ПОЯВИЛСЯ МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ ПРИСТУПООБРАЗНЫЙ КАШЕЛЬ С ОТХОЖДЕНИЕМ СЛИСТО-ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ, в месте с тем появились боли умеренной интенсивности В ОБЛАСТИ НИЖНЕГО УГЛА ЛОПАТК СПРАВА, БОЛЬ ИМЕЛА КОЛЮЩИЙ ХАРАКТЕР И УСИЛИВАЛАСЬ ПРИ КАШЛЕ. ОБЫЧНО КАШЕЛ Ь УСИЛИВАЛСЯ К ВЕЧЕРУ. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ОТ КАШЛЯ НЕ ПРИНИМАЛА. ВЫЗВАЛА СКОРУЮ ПОМОЩЬ ПОСЛЕ ЧЕГО БОЛЬНАЯ БЫЛА ДОСТАВЛЕНА И ГОСПТАЛИЗИРОВАНА В СТАЦИОНАР ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА.

*ОТВЕТЫ:*

1. *ОАК, БАКТЕРИОСКОПИЯ МОКРОТЫ.,*
2. *РЕНТГЕНОГРАФИЮ ОГК., ПУЛЬОКСИМЕТРИЮ*
3. *ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ.*
4. *0*
5. *АМОКСИЦИЛИН*
6. *2-3 СУТКИ*
7. *НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ*
8. *СМЕНА АНТИМИКРОБНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ*
9. *РЕСПИРАТОРНЫЕ ФХ*
10. *ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРОВОДИМОЙ АНТИМИКРОБНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ*
11. *3-4 НЕДЕЛИ*
12. *88*

***ЗАДАЧА 146***

ЖЕНЩИНА 30 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ ТЕРАПЕВТУ.

ЖАЛОБЫ НА ПЕРЕОДИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ (БОЛЬШЕ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ) С ОТДЕЛЕНИЕ НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ВЯЗКОЙ СЛИЗИСТОЙ МОКРОТЫ, ИНОГДА ПЕРЕХОДЯЩИЙ В ПРИСТУП УДУШЬЯ.(ОКОЛО 3-4 РАЗ В НЕДЕЛЮ), КУПИРУЮЩИСЯ ПРИ ИНГАЛЯЦИИ САЛЬБУТАМОЛОМ, НЕБОЛЬШУЮ СЛАБОСТЬ, ЧУВСТВО ЗАЛОЖЕННОСТИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ.

**Анамнез жизни:**

ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО, ЧТО С ДЕСТВА ПАЦИЕНТКА ОТМЕЧАЕТ НАЛИЧИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИИ В ВИДЕ КРАПИВНИЦЫ НА ЦИТРУСОВЫЕ ШОКОЛАД. ТАКЖЕ ОТМЕЧАЛА ПОЯВЛЕНИЕ ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА С УМЕРЕННЫМИ СЛИЗИТЫМИ ВДЕЛЕНИЯМИ В ПЕРИОД ЦВЕТЕНИЯ ДЕРЕВЬЕВ АПРЕЛЬ-МАЙ. СИТУАЦИОННО ПРИНИМАЛА АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ. СЧИТАЕТ СЕБЯ БОЛЬНОЙ ОКОЛО 3 ЛЕТ, КОГДА СТАЛА ОТМЕЧАТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРИСУТПОВ КАШЛЯ, ЧАСТО ПО НОЧАМ, ЭПИЗОДЫ ДЫХАТЕЛЬНОГО ДИСКОМФОРТА ПРИ ФИЗИЧСКОЙ НАГРУЗКЕ. ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ АКТИВНОСТЬ ПО ЭТОМУ ПОВОДУ ОБРАЩАЛАСЬ В ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ГДЕ БЫЛ НАЗНАЧЕН САЛЬБУТАМОЛ В ИНГАЛЯЦИЯХ С РЕКОМЕНДАЦИЕЙ ПРИМЕНЯТЬ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПОВ, ЧТО ПАЦИЕНТКА И ДЕЛАЛА.

**ОТВЕТЫ:**

1. ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ.
2. СПИРОМЕТРИЯ, БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ.
3. АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА
4. СРЕДНЕЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ
5. ЛЕГКАЯ.
6. НИЗКИЕ ДОЗЫ игкс+ДДБА КДБА ПО ПОТРЕБНОСТИ.
7. НОЧНЫЕ ПРОБУЖДЕНИЯ ИЗ-ЗА БА.
8. 3 МЕСЯЦА
9. АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ
10. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ИЗБЕГАТЬ КОНТАКТА С КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ АЛЛЕРГЕНОМ
11. 12;200
12. НОРМАЛЬНЫХ; ОТРИЦАТЕЛЬНОГО.

**Задача 147**

Девушка 23 лет поступила в стационар.

ЖАЛОБЫ: ОДЫШКА., БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДЫХАНИИ., ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 39 С. КАШЕЛЬ СО СЛИЗИСТО-ГНОЙНОЙ МОКРОТОЙ. ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

ОКОЛО НЕДЕЛИ НАЗАД ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 37.5 С ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ПОЯВИЛАСЬ НЕЗНАЧВИТЕЛЬНАЯ ОДЫШКА. ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НЕ ОБРАЩАЛАСЬ, ЛЕЧИЛАСЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО СПОМОЩЬЮ АРБИДОЛА И ТЕРАФЛЮ, БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГ ЭФФЕКТА. ЧЕРЕЗ ПАРУ ДНЕЙ ПОВИЛСЯ КАШЕЛЬ, ЛИХОРАДКА И ОДЫШКА НАРАСТАЛИ. В СВЯЗИ С УХУДШЕНИЕМ СОСТОЯНИЯ ОБРАТИЛАСЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ К УЧАСТКОВОМК ТЕРАПЕВТУ, БЫЛА НАПРАВЛЕНА НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В СТАЦИОНАР.

ОТВЕТЫ:

1. БАК, ОАК, БАКТЕРИОСКОПИЯ И КУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ. СРБ.
2. ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ПУЛЬОКСИМЕТРИЯ.
3. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ДВУСТОРОНЯЯ НИЖНЕДОЛЕВАЯ ПНЕВМОНИЯ.
4. I ДН.
5. СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.
6. ЦЕФТРИАКСОН
7. ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЙ.
8. 2-3 СУТОК.
9. 37.2
10. КЛАРИТРОМИЦИН.
11. ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ.
12. SMART-COP.

**ЗАДАЧА 148**

МУЖЧИНА 45 ЛЕТ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ ТЕРАПЕВТУ.

ЖАЛОБЫ НА ОСТРУЮ БОЛЬ В ЛЕВОМ КОЛЕННОМ СУСТАВЕ, УСИЛИВАЮЩУЮСЯ ПРИ ДВИЖЕНИЯХ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 38.5. С.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

ЗАБОЛЕЛ ОСТРО 2 ДНЯ НАЗАД, КОГДА ПОСЛЕ ТРАВМЫ (УПАЛ НА ЛЕСТНИЦЕ, УШИБ ЛЕВЫЙ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ) В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПОЯВИЛИСЬ И СТАЛИ НАРАСТАТЬ УКАЗАННЫЕ ВЫШЕ ЖАЛОБЫ. РАНЕЕ ПОДОБНЫХ ЭПИЗОДОВ НЕ ВОЗНИКАЛО, ОДНАКО СО СЛОВ ПАЦИЕНТА, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2-Х ЛЕТ ПЕРЕОДИЧЕСКИ БЕСПОКОИЛИ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ДВИЖЕНИЯХ, ПРИПУХАНИЕ И ПОКРАСНЕНИЕ В ОБЛАСТИ I ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА СЛЕВА, ЧАЩЕ В ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ, 2-3 РАЗА В ГОД. К ВРАЧАМ НЕ ОБРАЩАЛСЯ. В ТЕЧЕНИЕ 4-Х ЛЕТ- МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ КАМЕНЬ ПРАВОЙ ПОЧКИ(ВЫЯВЛЕН СЛУЧАЙНО ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ), В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА ЭПИЗОДИЧЕСКИ ОТМЕЧАЕТ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬ НОГО ДАВЛЕНИЯ ДО MAX 160/90 ММ.РТ.СТ., РЕГУЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ПОЛУЧАЕТ. АЛКОГОЛЬ УПОТРЕБЛЯЕТ 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ. СТАЖ КУРЕНИЯ 10 ЛЕТ ПО ПОЛОВИНЕ ПАЧКИ В ДЕНЬ, НЕ КУРИТ 5 ЛЕТ. РАБОТАЕТ НАЧАЛЬНИКОМ ОТДЕЛА В БАНКЕ.

**ОТВЕТЫ:**

1. БАК С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ.
2. ПОЛЯРИЗАЦИОННУЮ МИКРОСКОПИЮ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ., ПОСЕВ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ.
3. УЗИ
4. ПОДАГРА, ОСТРЫЙ АРТРИТ ЛЕВОГО КОЛЕННОГО СУСТАВА.
5. ТРЕТЬЯ
6. КОЛХИЦИН.
7. 1.5 МГ/СУТ.
8. ПРОДУКТОВ СОДЕРЖАЩИХ ПУРИНЫ.
9. НАЗНАЧЕНИИ ПОСТОЯННОЙ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.
10. АЛЛОПУРИНОЛ
11. 360
12. СНИЖЕНИЕ СКФ<60 МЛ/МИН/1.73 M<SUP>2</SUP>.

**ЗАДАЧА 149.**

ПАЦИЕНТ Н. 18 ЛЕТ ОБРАТИЛСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ К УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ ТЕРАПЕВТУ РАЙОННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.

**ЖАЛОБЫ:** НА СЛАБОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, СУХОЙ КАШЕЛЬ И ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, БЕСПОКОЯЩИЕ ПАЦИЕНТА ПРАКТИЧЕСКИ ЕЖЕДНЕВНО.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

В ДЕТСТВЕ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. НАБЛЮДАЛСЯ ПОЭТОМУ ПОВОДУ У ВРАЧА ПЕДИАТРА ПОЛИКЛИНИКИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА. ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЕТ ДАИ «ПУЛЬМИКОРТ» 400 МКГ/СУТ. СО СЛОВ ПАЦИЕНТА, НА ПРОТЯЖЕНИИ ГОДА ЧУВСТВУЕТ СЕБЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО, ОДНАКО, В ВЕСЕНЕЕ ВРЕМЯ ГОДА В ПЕРИОД ЦВЕТЕНИЯ ДЕРЕВЬЕВ, ЗАБОЛЕВАНИЕ ЕЖЕГОДНО ОБОСТРЯЕТСЯ, ЧТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА И НЕХВАТКИ ВОЗДУХА. В ЭТО ПЕРИОД ИСПОЛЬЗУЕТ ДАИ «БЕРОДУАЛ» ПО ПОТРЕБНОСТИ, ОБЫЧНО НЕ БОЛЕЕ 4-6 ДОЗ В СУТКИ. НАСТОЯЩЕЕ УХУДШЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНЕЕ И СИЛЬНЕЕ ОБЫЧНЫХ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ УХУДШЕНИЕМ ОБЩЕГО САМОЧУВСТВИЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА, ПОЯВЛЕНИЕМ СЛАБОСТИ, УТОМЛЯЕМОСТЬ., ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, СУХИМ КАШЛЕМ, ОЩУЩЕНИЕ ЗАЛОЖЕННОСТИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ И ЧУВСТВОМ НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, КОТОРЫЕ БЕСПОКОЯТ ПАЦИЕНТА И В ДНЕВНОЕ И В НОЧНОЕ ВРМЯ СУТОК, ПРАКТИЧЕСКИ ЕЖЕДНЕВНО НА ПРОТЯЖЕНИИ ЭТОГО МЕСЯЦА. В ПОСЛЕДНИЕ 2 ДНЯ ПАЦИЕНТ ЧУВСТВУЕТ СЕБЯ ОСОБЕННО НЕ ХОРОШО, УПОТРЕБЛЯЕТ БЕРОДУАЛ ДО 10 РАЗ В СУТКИ, ОДНАКО СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛНОСТЬЮ КУПИРОВАТЬ НЕ УДАЕТСЯ.

**ОТВЕТЫ:**

1. ЛЕГКОЕ/СРЕДНЕТЯЖЕЛОЕ ОБОСТРЕНИЕ.
2. ЛЕГКУЮ ИНТЕРМИТИРУЮЩУЮ.
3. РЕНТГЕН ОГК, ПУЛЬСОКИМЕТРИЮ, СПИРОМЕТРИЮ.
4. КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИХ B2-АГОНИСТОВ.
5. ИНГАЛЯЦИОННЫЙ
6. НАЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ГКС.
7. ПЕРОРАЛЬНЫЙ
8. 5-7
9. 1 СТУПЕНЬ
10. НИЗКИХ ДОЗ ИГКС+БДБА ПО ПОТРЕБНОСТИ.
11. 10
12. АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРЕ ВОСПАЛЕНИЯ В БРОНХАХ.

**ЗАДАЧА 150**

БОЛЬНАЯ М., 47 ПО ПРОФЕССИИ УЧИТЕЛЬ, ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.

**ЖАЛОБЫ** НА СЛАБОСТЬ НЕДОМОГАНИЕ И БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ, В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ; НЕКОТОРУЮ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ СЕРДЦЕБИЕНИЕ И ОДЫШКУ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ, ОЩУЩЕНИЕ ОНИМЕНИЯ И ПОЛЗАНИЯ МУРАШЕК В КОНЕЧНОСТЯХ, А ТАКЖЕ ЖЖЕНИЕ В ЯЗЫКЕ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ЧУВСВТВО ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАСТРИИ, ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТКА СЧИТАЛА СЕБЯ ДОСТАТОЧНО ЗДОРОВЫМ ЧЕЛОВЕКОМ, ОДНАКО, ПРИМЕРНО В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 4-Х МЕСЯЦЕВ СТАЛА ОТМЕЧАТЬ ПОСТЕПЕННОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ УКАЗАННЫХ ВЫШЕ СИМПТОМОВ, ПОЯВЛЕНИЕ КОТОРЫХ ОНА НЕ МОЖЕТ СВЯЗАТЬ НИС КАКОЙ ИЗ ИЗВЕСТНЫХ ЕЙ ПРИЧИН. В СВЯЗИ С ЭТИМ ОБРАТИЛАСЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ.

1. РАК, БАК.
2. ФГС. РЕТГЕН ОГК.
3. ВИТАМИН В12 И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ.
4. ФОЛИВОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ.
5. КРОВИ., ЖКТ, НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.
6. В12 ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ. ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ. АУТОИМУННЫЙ ТИРЕОИДИТ.
7. ЦИАНОКОБАЛОМИН
8. НАЛИЧИЕ РЕТИКУЛОЦИТАРНОГО КРИЗА.
9. 2-4 НЕДЕЛИ.
10. 10-14 ДНЕЙ.
11. ПОЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВНУТРЕННЕМУ ФАКТОРУ КАСТЛА.
12. ПОДВЗДОШНОЙ КИШКЕ.

**ЗАДАЧА 151.**

МУЖЧИНА 42 ЛЕТ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА С ЦЕЛЬЮПОЛУЧЕНИЯ ОДОБРЕНИЯ ДЛЯ ЗАНЯТИЯ В ТРЕНАЖЕРНОМ ЗАЛЕ С ПОДЪЕМОМ ТЯЖЕСТЕЙ.

ЖАЛОБЫ НЕ ПРЕДЪЕВЛЯЕТ:

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

ОБРАЩАЛСЯ К ВРАЧУ ТОЛЬКО ПО ПОВОДУ ОРВИ В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ПРОХОДИЛ ГОД НАЗАД(ПО МЕСТУ РАБОТЫ), БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ. НИКАКИЕ ЛЕКАРСТВА НЕ ПРИНИМАЕТ.

**ОТВЕТЫ:**

1. ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН, ГЛЮКОЗА.
2. ЭКГ В 12-ТИ СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ. ФЛГ.
3. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.
4. 2
5. 3
6. ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
7. 150
8. С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ
9. АНТИДЕПРЕССАНТ БУПРОПИОНА ГИДРОХЛОРИД В ТАБЛЕТКАХ.
10. 15-30-55
11. СТАТИНЫ
12. МЕНЬШЕ 1.8.

**ЗАДАЧА 152**

ПАЦИЕНТ., 58 ЛЕТ НАХОДИТСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ С ОТКРЫТЫМ ЛИСТКОМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ. НАПРАВЛЕН НА МСЭ С ЦЕЛЬЮ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ.

ЖАЛОБЫ: НА ОДЫШКУ И БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ДАВЯЩЕГО И СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИХ ТОЛЬКО В ПОКОЕ, ОТЕЧНОСТЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД ПЕРЕНЕС ОСТРЫЙ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. ДО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИСПЫТЫВАЛ ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ К ВРАЧАМ НЕ ОБРАЩАЛСЯ. ОТ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ ОТКАЗАЛСЯ. ПРОВОДИМОЕ ЛЕЧЕНИЕ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ. РЕШЕНО НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА НА МСЭ.

**ОТВЕТЫ:**

1. ЭКГ В 12-ТИ ОТВЕДЕНИЯХ., ЭХОКГ.
2. III, IIБ, 3.
3. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.
4. 1.
5. ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ(ТОРАСЕМИД, ФУРОСЕМИД).
6. РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА.
7. НИТРАТОВ.
8. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА.
9. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.
10. УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЙ
11. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА.
12. ПЕРВУЮ.

**ЗАДАЧА 153**

ЖЕНЩИНА 38 ЛЕТ БЫЛА ДОСТАВЛЕНА БРИГАДОЙ СМП В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.

**ЖАЛОБЫ** НА ЛИХОРАДКУ ДО 38.5-39.0 С., С ОЗНОБАМИ ПО ВЕЧЕРАМ, ОДЫШКУ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, УСИЛИВАЮЩУЮСЯ В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ, НА УЧАЩЕННОЕ СЕРДЦЕБИЕНИЕ БОЛИ В СУСТАВАХ, ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

В 14 ЛЕТ ПЕРЕНЕСЛА ТЯЖЕЛЫЙ ТОНЗИЛИТ ПОСЛЕ ЧЕГО ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА ПРИ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ, ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НЕ ОБРАЩАЛАСЬ. В 21 ГОД ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ БЫЛ ВЫЯВЛЕН МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ. БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДЫ- БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ. У КАРДИОЛОГА НЕ НАБЛЮДАЛАСЬ ТЕРАПИЮ НЕ ПРИНИМАЛА. ГОД НАЗАД В СВЯЗИ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ( СНИЖЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, НАРАСТАНИЕ ОДЫШКИ) ПАЦЕНТКА БЫЛА КОНСУЛЬТИРОВАНА КАРДИОЛОГОМ И КАРДИОХИРУРГОМ. ДВА ГОДА НАЗАД БЫЛО ВЫПОЛЕНО ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, МЕХАНИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПАЦИЕНТКА БЫЛА ВЫПИСАНА ИЗ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ БЕЗ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ПОСТОЯННО ПРИНИМАЛА БИСОПРОЛОЛ 2.5 МГ В СУТКИ, ВАРФАРИН 5 МГ В СУТКИ (ПОСЛЕДНИЙ КОНТРОЛЬ МНО 3 НЕДЕЛИ НАЗАД-2.6). МЕСЯЦ НАЗАД ТРАВМИРОВАЛА ПАЛЕЦ НА ПРИУСАДЕБНОМ УЧАСТКЕ. ЛИХОРАДКУ С ПОДЪЕМОМ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 37.5 с СТАЛА ОТМЕЧАТЬ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА. ПАЦИЕНТКА РАСЦЕНИЛА СВОЕ ЗАБОЛЕВАНИИЕ КАК ОСТРОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НЕ ОБРАЩАЛАСЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНИМАЛА НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ. В ДАЛЬНЕЙШЕМ ПРИСОЕДИНИЛИСЬ БОЛИ В СУСТАВАХ, ТЕМПЕРАТУРА ПОВЫШАЛАСЬ ДО 38.5, ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА И МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ С ОТХОЖДЕНИЕМ ЖИДКОЙ СЛИЗИСТОЙ МОКРОТЫ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, СТАЛО НЕВОЗМОЖНО СПАТЬ В ГЛОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ. ОСУТСТВИЕ ЭФФЕКТА ОТ ПРИЕМА ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ, ПОЯВЛЕНИЕ ОДЫШКИ, УХУДШЕНИЕ ОБЩЕГО САМОЧУВСТВИЯ ЯВИЛИСЬ ПОВОДОМ ДЛЯ ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

**ОТВЕТЫ:**

1. ДОПЛЕР ЭХО-КГ. ЧРЕСПИЩЕВОДНОЕ ДОПЛЕР ЭХО-КГ.
2. ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА ГЕМОКУЛЬТУРУ. ИССЛЕДОВАНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ. БАК.ОАК. РАК.
3. ПОЗДНИМ ПРОТЕЗНЫМ
4. ОСТРЫМ
5. ЛУКИНА-ЛИМБМАНА
6. ДЖЕЙНУЭЯ.
7. В ПЕРИОД ПОДЪЕМА ТМПЕРАТУРЫ ТЕЛА
8. ОКСАЦИЛЛИН
9. 6
10. ВАНКОМИЦИН
11. 15 ДНЕЙ
12. IIIA ГРУППА ЗДОРОВЬЯ.

**ЗАДАЧА 154**

ПАЦИЕНТКА 48 ЛЕТ НА ПРИЕМА У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.

ЖАЛОБЫ: НА БОЛИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРИ СПУСКЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ, СТАРТОВЫЕ БОЛИ УТРЕННЮ СКОВАННОСТЬ В ТЕЧЕНИИ 10 МИНУТ ОГРАНИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ., УТОМЛЯЕМОСТЬ СЛАБОСТЬ, ОДЫШКУ ПРИ ХОДЬБЕ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

ВЫШЕПЕРИЧИСЛЕННЫЕ ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ ОКОЛО 5 ЛЕТ НАЗАД, ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НЕ ОБРАЩАЛАСЬ, ЗАНИМАЛАСЬ САМОЛЕЧЕНИЕМ, ПРИНИМАЛА НАСТОИ ТРАВ( ПЕРЕОДИЧЕСКИ 1-2 РАЗА В ГОД)-МАССАЖ СУСТАВОВ И ТУЛОВИЩА. ЗАБОЛЕВАНИЕ РАЗВИВАЛОСЬ ПОСТЕПЕННО:СНАЧАЛА БОЛИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ ВОЗНИКАЛИ ПОСЛЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, ЗАТЕМ В ЕЧЕРНИЕ ЧАСЫ И ПЕРВУЮ ПОЛОВИНУ НОЧИ, СТАЛА ОТМЕЧАТЬ УТРЕННЮ СКОВАННОСТЬ В ТЕЧЕНИИ 5-10 МИНУТ. НА ФОНЕ ОТНОСИТЕЛЬНО СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗН 2-3 РАЗА В ГОД-УХУДШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ.: УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ.

**ОТВЕТЫ:**

1. РАК, БАК, С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК., ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР.
2. НЕБОЛЬШОЕ СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ. ЕДИНИЧНЫЕ ОСТОФИТЫ.
3. 2
4. ОСТЕОАРТРОЗ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ.
5. АГ
6. В ПОЛОЖЕНИИ СДЯ ПОСЛЕ 5 МИНУТНОГО ОТДЫХА НА КАЖДОЙ РУКЕ 2 РАЗА С ИНТЕРВАЛОМ НЕ МЕНЕЕ 1 МИНУТЫ. ПРИ РАЗНИЦЕ БОЛЬШЕ ИЛИ РАВНО 5 ПРОИЗВЕСТИ ЕЩЕ ОДНО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ. ЗА КОНЕЧНОЕ АД ПРИНИМАЕТСЯ НАИМЕНЬШЕЕ ИЗ ПОЛУЧЕННЫХ ЗНАЧЕНИЙ.
7. ОЖИРЕНИЕ 1 СТЕПЕНИ.
8. СНИЗИТЬ МАССУ ТЕЛА.
9. РЕГУЛЯРНО ВЫПОЛНЯТЬ ЛФК.
10. НАПРОКСЕН
11. АЛТ, АСТ
12. IIIА.

**ЗАДАЧА 155**

МУЖЧИНА 67 ЛЕТ ПЕНСИОНЕР, ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.

ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ, КОЛЕННЫХ , ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУТАВАХ КИСТЕЙ, В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА. ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ДВИЖЕНИЯ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ К ВЕЧЕРУ УМЕНЬШАЮЩИЕСЯ В ПОКОЕ., УТРЕННЮЮ СКОВАННОСТЬ В ТЕЧЕНИ 5 МИНУТ, БОЛИ В ОБЛАСТИ ЭПИГАСТРИЯ ПОЯВЛЯЮЩИСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ.

**Анамнез жизни:**

**СТРАДАЕТ ОТ БОЛЕЙ В СУСТАВАХ В ТЕЧЕНИИ МНОГИХ ЛЕТ. В** ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 5-7 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ, ЧТО БОЛИ В СУСТАВАХ И ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА УСИЛИСЬ, ЗАТРУДНЯЮТ ЕЖЕДНЕВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ. К ВРАЧАМ НЕ ОБРАЩАЛСЯ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЕЙ ПРИНИМАЕТ ИБУПРОФЕН 400 МГ 4-5 РАЗ В ДЕНЬ ПО СОВЕТУ ЖЕНЫ.

**ОТВЕТЫ:**

1. РАК, БАК, С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК.
2. РЕНТГЕНОГРАФИЮД КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ, РЕНТГЕНОГРАФИЮ КИСТЕЙ.
3. ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЮ.
4. ОСТЕОАРТРОЗ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ.
5. IV
6. ЦЕЛИКОКСИБ
7. ГЛЮДКОЗАМИН СУЛЬФАТ
8. ИПП
9. РЕШЕНИЕ ВОПРОСА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВА
10. ОРЕТЕЗЫ СУПИНАТОРЫ.
11. РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ СИНОВИТ СУСТАВА.
12. IIIБ

**ЗАДАЧА 156.**

ЖЕНЩИНА 70 ЛЕТ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.

**ЖАЛОБЫ:** НА БОЛИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ БОЛЬШЕ СПРАВА ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ, ПООНИЗЫВАЮЩИЕ ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРИ ХОДЬБЕ., ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ДВИЖЕНИИ В ПРАВОМ КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ИЗ-ЗА БОЛИ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

**СЧИТАЕТ СЕБЯ БОЛЬНОЙ В ТЕЧЕНИИ** 16 ЛЕТ, С ТЕХ ПОР КА УПАЛА НА КОЛЕНИ С ВЫСОТЫ СОБСТВЕННОГО РОСТА. ПОСЛЕТРАВМЫ ПОЯВИЛАСЬ БОЛЬ И ОТЕЧНОСТЬ ПРАВОГО КОЛЕННОГО СУСТАВА. ЛЕЧИЛАСЬ АМБУЛАТОРНО У ТРАВМАТОЛОГА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИНИМАЛА ИБУПРОФЕН, ГЛЮКОЗАМИН, КЕТОРОЛАК С ВРЕМЕННЫМ ЭФФЕКТОМ. В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА БОЛИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ УСИЛИЛИСЬ ИЗ-ЗА ВЫРАЖЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА СТАЛО НЕВОЗМОЖНО ОПЕРЕТЬСЯ НА ПРАВУЮ НОГУ. ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ ИСПОЛЬЗУЕТ ТРОСТЬ.

**ОТВЕТЫ:**

1. РЕНТГЕНОГРАФИЯ КОЛЕННЫХ СУТАВОВ
2. ОАК, БАК.
3. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ.
4. 2 ЧАСА. 75 ГРАММ
5. ДВУСТОРОННИЙ ГОНАРТРОЗ. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.
6. ОЖИРЕНИЕ 1 СТЕПЕНИ.
7. НПВС
8. ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА.
9. 1500 МГ В СУТКИ
10. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГОГ СУСТАВА.
11. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ
12. IIIA.

**ЗАДАЧА 157**

**ЖЕНЩИНА 67 ЛЕТ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.**

**ЖАЛОБЫ: БОЛ**И В ГРУДНОМ И ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА СНИЖЕНИЕ РОСТА НА 5 СМ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** В ВОЗРАСТЕ 53 ЛЕТ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЗЯ МЕНОПАУЗЫ ЗАМЕТИЛА ЛОМКОСТЬ НОГТЕЙ, ВОЛОС, СУХОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ СВЯЗАЛА ЭТИ ПРОЯВЛЕНИЯ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ОРГАНИЗМ А К ВРАЧАМ НЕ ОБРАЩАЛАСЬ. ВТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 5 ЛЕТ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В СПИНЕ, ПОСТЕПЕННЛО НАРАСТАЮЩИЕ, СУТУЛОСТЬ, ИЗМЕНЕНИЕ ОСАНКИ РОДНЫЕ ОТМЕТИЛИ УМЕНЬШЕНИЕ РОСТА. ПОЛГОДА НАЗАД ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ С ВЫСОТЫ РОСТА СЛОМАЛА ЛЕВУЮ БЕДРЕННУЮ КОСТЬ. ВО ВРВЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРАЧ-ТРАВМАТОЛОГ ОБРАТИЛ ВНИМАНИЕ НА ПАТОЛГИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЕ НА РЕНГЕНОГРАММЕ И РЕКОМЕНДОВАЛ ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ ТЕРАПЕВТУ.

ОТВЕТЫ:

1. РАК. ИССЛЕДОВАНИЕ НА КАЛЬЦИЙ, ФОСФОР, ЩФ.
2. РЕНТГЕН ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, РЕНГЕН БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ.
3. ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ АБСОРБЦИОМЕТРИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ИЛИ ПОЯСНИЧНЫХ ОТДЕЛОВ.
4. ПОСМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ
5. ТЯЖЕЛУЮ
6. СНИЖЕНИЕ РИСКА ПОСТЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ
7. 1 ГОД
8. КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ ВКЛЮЧЕНИЕ В РАЦИОН ПРОДУКТОВ БОГАТЫХ КАЛЬЦИЕМ И ВИТАМИНОМ Д.
9. БИСФОСФОНАТ
10. 1000-1500., 800-2000.
11. ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ ТРЕБУЮЩИЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.
12. IIIБ.

**ЗАДАЧА 158.**

**ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРКТИКИ.**

**ЖАЛОБЫ: НА ПОСТОЯННЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ** И ПРИПУХЛОСТЬ В КОЛЕННЫХ, ГОЛЕНОСТОПНЫХ, ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ СУСТАВАХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ 2-ГО, 3-ГО, 4-ГО, 5-ГО ПАЛЬЦЕВ СЛЕВА( ПО ВИЗУАЛЬНОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЕ 5 БАЛЛОВ) БОЛЬ УСИЛИВАЕТСЯ В ПОКОЕ НОЧЬЮ ПОСЛЕ СНА УМЕНЬШАЕТСЯ В ТЕЧЕНИИ ДНЯ, УТРЕННЮ СКОВАННОСТЬ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛУТОРА-ДВУХ ЧАСОВ, ОБЩУЮ, СЛАБОСТЬ.

**ОТВЕТЫ:**

1. ОАК, БАК. С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК., СОЭ.
2. АТ К ЦИТРУЛИНИРОВАННЫМ БЕЛКАМ., РФ.
3. РЕНГЕНОГРАФИЯ КИСТЕЙ И СТОП В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ.
4. 1
5. 2
6. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ
7. ОЧЕНЬ РАННЮЮ
8. ДОСТИЖНИЕ СТОЙКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ
9. ОАК., БАК(КРЕАТИНИН, ГЛЮКОЗА, АЛТ., АСТ) МАРКЕРЫ ВИРУСОВ ГЕПАТИТОВ В, С, ВИЧ. ТЕСТ НА БЕРЕМЕННОСТЬ.
10. МЕТОТРЕКСАТ
11. ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА
12. 15

**ЗАДАЧА 159**

МУЖЧИНА 40 ЛЕТ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.

ЖАЛОБЫ: НА ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ, ЛОКТЕВЫХ, ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ, ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ, КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, СРЕДНЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ (БОЛЬ ПО ВАШ 40 БАЛЛОВ) УСИЛИВАЮЩИЕСЯ В ПОКОЕ, УМЕНЬШАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ОГРАНИЧЕНИЕМ ДВИЖЕНИЙ, МЕТ ЕОЗАВИСИМОСТЬ. УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ В СУСТАВАХ ОКОЛА 40 МИНУТ.

**ОТВЕТЫ:**

1. **РАК, РЕНТГЕНОГРАФИЯ КИСТЕЙ И СТОП, ОПРЕДЕЛЕНИЕ АТ К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРИЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ., ОПРЕДЕЛЕНИЕ РФ.**
2. СЕРОПОЗИТИВНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ
3. 4
4. ПОЗДНЮЮ
5. II
6. РЕВМАТОИДНЫЙ УЗЕЛОК
7. МЕТОТРЕКСАТ
8. ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА
9. 10-15
10. РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
11. **ИНГИБИТОРОМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА**
12. **ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА.**

**Ситуационная задача № 160**

Женщина 33 года обратилась к врачу общей практики

**Жалобы** На покраснение кожи в области скул и щек в виде «бабочки», которое становится заметнее после инсоляции; на слабость, быструю утомляемость рецидивирующие язвы на слизистой щек; боль тугоподвижность в мелких суставах кистей, истончение и выпадение волос: отечность лица.

**Анамнез заболевания** Перенесенные заболевания-пиелонефрит в 27 лет (во время беременности) Гепатит, туберкулез сахарный диабет отрицает. Операции отрицает. Гемотрансфузия однократно в 25 лет (во время родов). Аллергию отрицает.Наследственность не отягощена работает учителем, профессиональной вредности нет. Беременности-3, роды -1, аборт-1, выкидыш-1. Вредных привычек нет

**Анамнез жизни** Больной себя считает около двух лет, когда стали появляться "синячки" по всему телу при минимальном физическом воздействии язвы в полости рта беспричинные носовые кровотечения. Обследовалась в поликлинике по месту жительства была выявлена тромбоцитопения (70\*10%/мл). Заболевание связали с приемом лекарственных препаратов ( в течение 1 месяца до этого принимала найз 3-4 раза в неделю для курирования болей в правом боку). На основании данных анамнеза и общего анализа крови был выставлен диагноз-медикаментозная тромбоцитопения. Найз был отменен, постоянная терапия не назначена Язы в ротовой полости синячки по всему телу сохранялись. Через полгода присоединились периодические боли и припухлость в мелких суставах кистей преимущественно утром, сопровождающиеся скованностью в них в течение 15-20 минут. Год назад во время медосмотра были обнаружены изменения в общем анализ мочи (лейкоциты 10-12 в п/зр, эритроциты 1-2 в п/р белок 0,019 г/л) обратилась к терапевту, выставлен диагноз: пиелонефрит, назначен канефрон. Через месяц после этого боли в суставах и обща слабость усилились тогда же появилась гиперемия в области щек и скул в виде «бабочки Последнее время отчет нарастание общей слабости, интенсивное выпадения волос отечность лиц по утрам, яркую гиперемию щек, усиление суставного синдрома

**Обьективный статус**

Состояние удовлетворительное.

Рост-167 см, вес- 62 кг, ИМТ- 22,23 кг/м². Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Энантемы нет. На лице фиксированная эритема в виде «бабочки». Отечность век. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система: лучезапястные суставы припухлые и болезненные при пальпации. В легких перкуторный звук легочной, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Сердечно сосудистая система: границы относительной тупости в норме, тоны ясные, ритмичны. АД-108/64 мм рт. ст., ЧСС 72 в мин, пульс 72 в мин. Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

**ОТВЕТЫ**

1. Необходимыми методами обследования для проведения диагностики в данном случае являются (выберите 4)

* биохимический анализ крови
* антинуклеарные антитела
* общий анализ крови
* общий анализ мочи

2. В пользу предполагаемого диагноза будет свидетельствовать выявление (выберите 2)

* антител к двуспиральной ДНК
* антител к антигенам Смитта (Sm)

3. Наиболее вероятным диагнозом является

Системная красная волчанка

4. Для данного заболевания характерна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ анемия:

Гемолитическая

5. Для данного заболевания характерно поражение:

Почек

6. В качестве терапии пациентке следует назначить

гидроксихлорохин и преднизолон

7. При выявлении активного волчаночного нефрита терапия начинается с глюкокортикостероидов и\_\_\_\_\_\_\_

цитостатиков

8. Пациентке следует назначить гидроксихлорохин в дозе

200-400 мг/ сут.

9. Пациентка на повторном приеме, принимает гидроксихлорохин, планирует беременность. Гидроксихлорохин следует

продолжать принимать во всех триместрах

10. При наличии суточной протеинурии > 0,5 г назначаются

блокаторы ангиотензиновых рецепторов

11. При ХБП рекомендована диета с ограничением

поваренной соли

12. Пациентка относится к группе \_\_\_здоровья

3б.

**Ситуационная задача № 161**

Пациентка 27 лет поступила в приемное отделение многопрофильного стационара с приема участкового врача-терапевта.

**Жалобы** На слабость, одышку, головокружение, учащенное сердцебиение, снижение аппетита, сухость кожи ломкость ногтей.

**Анамнез заболевания**

• иные хронические заболевания отрицает; не курит, алкоголем не злоупотребляет профессиональных вредностей не имела • аллергических реакций не было

**Анамнез жизни** Из анамнеза известно, что пациентка длительно наблюдается у врача-гинеколога по поводу миомы матки и дисфункциональных кровотечений. Примерно с 20 лет беспокоят боли в эпигастрии, отрыжка, изжога. Обследовалась амбулаторно по месту жительства, ставился диагноз «хронический гастрит». На протяжении последних 1,5 лет явления диспепсии не беспокоили. В течение последних 8-ми месяцев отмечает снижение аппетита, ломкость ногтей, выпадение волос, извращение вкуса. Со слов пациентки, за это время похудела на 5-7 кг. Настоящее ухудшение общего самочувствия на протяжении последнего месяца, усилилась слабость, одышка, головокружение, сердцебиение, возобновились боли в эпигастральной области, изжога.

**Объективный статус** Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Температура тела - 36,6°С. При осмотре кожные покровы холодные, бледные, видимые слизистые бледные, розовые. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Масса тела 53 кг, рост 167 см. ИМТ 19 кг/м². Мышечный тонус сохранен. Костная система не изменена. Суставы не изменены. При аускультации в легких дыхание везикулярное, проводится по всем отделам, хрипов нет. Члд 16 в минуту. При аускультации сердца-тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, ЧСС 98 в минуту. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление на обеих руках - 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Сознание

ясное, доступна продуктивному контакту, ориентирована в месте, времени, собственной личности верно.

Общий анализ крови: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3,0х1012/л, гематокрит 26,6%, цветовой показатель 0,64, средний объем эритроцитов 67,5 Фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 20,6 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 25,5 г/дл, показатель анизоцитоза эритроцитов 18,7%, ретикулоциты 4%о, тромбоциты 320х109/л, лейкоциты 6,5×109/л, палочкоядерные 3% сегментоядерные 59%, эозинофилы 2%, базофилы 0%, лимфоциты 31%, моноциты 5%, анизоцитоз, микроцитоз +, пойкилоцитоз +, СОЭ 18 мм/час. Учитывая жалобы, анамнез, результаты общего анализа крови, принято решение о госпитализации пациентки в терапевтическое отделение многопрофильного стационара.

1. Дообследование пациентки должно включать исследование (выберите 4)

* общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)
* ферритина сыворотки
* уровня сывороточного железа
* расчет степени насыщения трансферрина железом

2. В план инструментального обследования пациентки необходимо включить проведение (выберите 4)

* УЗИ органов брюшной полости
* колоноскопии
* эзофагогастродуоденоскопии
* рентгенографии органов грудной клетки

3. По результата обследования можно выставить диагноз:

ЖДА

4.\_\_\_\_\_\_ -причина развития ЖДА у данной пациентки:

Менструальные кровотечения

5. В настоящий момент для данной пациентки гемотрансфузионная терапия

не показана

6. Пациентке показано назначение:

Пероральных препаратов железа

7. Показанием для назначения парентеральных препаратов железа у этой пациентки может быть

плохая переносимость терапии

8. При выборе препарата железа для лечения пациентки следует учитывать, что ионные солевые препараты железа по сравнению с препаратами железа на основе гидроксид полимальтозного комплекса

не отличаются по эффективности

9. Эффективность терапии по лабораторным показателям (повышение уровня ретикулоцитов) можно оценивать не ранее чем через суток от начала терапии препаратами железа

8-12 суток

10. Критерием эффективности терапии препаратами железа является увеличение числа ретикулоцитов более чем на % от исходных значений

20-25 %

11. Целевыми значениями уровня гемоглобина на фоне терапии препаратами железа в данной ситуации будут

120-140 г/л

12. При плохой переносимости стандартной пероральной терапии препаратами железа имеет смысл переходить на низкодозированные препараты в альтернирующем режиме

**Ситуационная задача № 162**

Пациентка 77 лет обратилась за медицинской помощью к участковому врачу

терапевту районной поликлиники и была госпитализирована в стационар для дообследования и лечения.

**Жалобы** На слабость, снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии после приема

пищи, периодически возникающие ощущения онемения и «ползания мурашек» в ногах, неустойчивость при ходьбе.

**Анамнез заболевания**

• иные хронические заболевания отрицает

• питание нерегулярное, малыми • не курит, алкоголем не злоупотребляет

• профессиональных вредностей не имела • аллергических реакций не было

**Анамнез жизни** Длительно гипертоническая болезнь с максимальным повышением цифр артериального давления до 150/90 ММ РТ. СТ., на фоне приема антигипертензивной терапии адаптирована к 130/80 мм рт. ст. Постоянно принимает периндoпpил 5 мг утром. Настоящее ухудшение общего самочувствия на протяжении последнего года появились слабость, снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, периодически возникающие ощущения онемения и «ползания мурашек» в ногах, неустойчивость при ходьбе. В анализе крови, выполненном амбулаторно: гемоглобин 85 г/л, эритроциты 2,0х1012/л, цветовой показатель 1,3, выраженный анизоцитоз, тромбоциты 110х109/л, лейкоциты 3х109/л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 68%, лимфоциты 25%, моноциты 5%, СОЭ-45 мм/час.

**Объективный статус** Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Температура тела - 36,6°С. При осмотре кожные покровы бледные, с лимонно-желтым оттенком, склеры иктеричны. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сосочков, имеются отпечатки зубов, налета нет. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Масса тела 60 кг, рост 167 см. ИМТ 21,5 кг/м². Мышечный тонус сохранен. Костная система не изменена. Суставы не изменены. При аускультации в легких дыхание везикулярное, проводится по всем отделам, хрипов нет. ЧДД18 в минуту. При аускультации сердца-тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет Артериальное давление на обеих руках - 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют. Печень селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.Физиологические отправления в норме. Сознание ясное, доступна продуктивному контакту, ориентирована в месте, времени, собственной личности верно.

1. Лабораторная диагностика пациентки должна включать исследование (выберите 4)

* витамина В12 сыворотки
* клинического анализа крови
* биохимического анализа крови
* Фолиевой кислоты сыворотки

2. Инструментальное обследование, необходимое пациентке, заключается в проведении (выберите 2)

* рентгенографии органов грудной клетки
* ЭГДС

3. По результатам проведенного дообследования пациентке можетбыть установлен диагноз

В12-дефицитная анемия

4. Оптимальным способом доставки цианкобаламина при лечении В12 -дефицитной анемии является

парентеральный

5. Оценить адекватность проводимой терапии по индукции ретикулоцитарного криза можно на сутки от начала терапии

5-7 дней

6. Об индукции ретикулоцитарного криза на фоне проводимой терапии цианкобаламином можно будет утверждать при увеличении количества ретикулоцитов на %

20-25 %

7.При развитии лекарственного аллергического дерматита в ответ на Введение В12 пациентке показано

добавить преднизолон перорально

8. Терапию цианкобаламином необходимо продолжать до нормализации сывороточного уровня В12

до исчезновения неврологической симптоматики

2 недель после нормализации гематологических показателей

9. В качестве профилактики рецидива В12-дефицитной анемии в будущем, пациентке показано

проводить ежегодные курсы инъекций В12 № 5-15

10. В качестве дополнительного диагностического теста при подозрении на В12-дефицитную анемию терапия цианкобаламином «<ex juvantibus»>

недопустима

11. При наличии клинических проявлений дефицита витамина В12 (гиперхромная анемия, глоссит, нейропатия) и нормальном уровне кобаламина в сыворотке крови показано исследование

голотранскобаламина

12. Нормальный уровень голотранскобаламина в сыворотке крови в сочетании с макроцитарной анемией является показанием для проведения

цитологического исследования костного мозга

**Ситуационная задача № 163**

Пациентка Н., 35 лет, обратилась к врачу-терапевту

**Жалобы** на общую слабость, повышенную утомляемость, • эпизоды головных болей в затылочной области давящего характера, сопровождающиеся повышением цифр АД максимально до 160-160/80-90 мм рт. ст.

отечность лица по утрам (преимущественно под глазами), слабоинтенсивные ноющие боли в поясничной области в течение последних 3-4 недель, уменьшение выделения мочи и окрашивание её в тёмно-красный цвет.

**Анамнез заболевания**

• Домохозяйка.

• Бытовые условия у пациентки удовлетворительные, приём пищи регулярный

• Вредные привычки отрицает.

• Аллергические реакции к медикаментам отрицает.

• Профессиональных вредностей не было.

• В детстве и подростковом возрасте часто болела ангиной. • Со слов пациентки у её мамы и бабушки также имело место появление мочи тёмно-красного цвета.

**Анамнез жизни** 2 месяца назад пациентка совершила зимнюю туристическую экспедицию в горы. По возвращению домой отметила у себя появление таких симптомов, как общая слабость, кратковременное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, осиплость голоса, першение в горле, болезненность при глотании и увеличение шейных лимфатических узлов. К врачу не обращалась, своё состояние расценила как ангину, самостоятельно принимала антибактериальные препараты. Через неделю отметила улучшение в виде нормализации температуры тела, исчезновения катаральных явлений, лечение прекратила. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последних 3-4 недель, когда появились головные боли, сопровождающиеся дестабилизацией АД, боли в поясничной области, изменился цвет мочи.

**Объективный cтaтyc** Общее состояние средней степени тяжести, стабильное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной температуры и влажности. Отмечается пастозность лица, стоп и нижней трети голеней с обеих сторон. В лёгких дыхание везикулярное, проводится на всеми легочными палями, патологические дыхательные шумы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, соотношение тонов не изменено, патологические сердечные шумы не выслушиваются. ЧСС 65 уд/мин. АД 155/90 мм рт. ст. на обеих верхних конечностях. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Диурез-600 мл в сутки. Стул регулярный, оформленный, без примесей крови и слизи. Учитывая выраженную клиническую картину, предположительно, семейный характер гематурии, пациентке была рекомендована госпитализация в стационар для дальнейшего обследования и определения тактики лечения.

1. Для постановки диагноза из лабораторных исследований необходимо выполнить (выберите 5)

* общий анализ крови
* анализ мочи по Нечипоренко
* общий анализ мочи
* биохимический анализ крови
* определение титров антистрептолизина-О (АСЛО)

2. Для постановки диагноза из инструментальных методов исследования необходимо выполнить (выберите 3)

* рентгенографию органов грудной клетки
* УЗИ ПОЧЕК
* ЭКГ

3. Наиболее вероятным диагнозом:

Острый постстрептококковый гломеролонефрит

4. Гломерулонефрит характеризуется воспалением

Почечных клубочков

5. Наиболее эффективным препаратом при ОГН с выраженными отёками и значительным снижением диуреза является/являются

петлевые диуретики

6. Из диуретиков препаратом выбора

фуросемид

7. Больному ОГН требуется ограничивать в своём рационе потребление соли, натрия, воды и

белка

8. При лечении пациентки необходимо ориентироваться на сроки нормализации анализов мочи, в том числе исчезновение гематурии, которая, как правило, исчезает через от начала лечения

3-6 месяцев

9. При лечении пациентки необходимо ориентироваться на нормализацию показателей, в том числе уровня креатинина, который возвращается к исходному значению, как правило, через начала лечения от

3-4 недели

10. Показанием к биопсии почки является

мочевой синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне комплемента C3

11. После перенесенного ОГН больной должен быть под диспансерным наблюдением в течение \_\_\_\_лет

2-х лет

12. Санаторно-курортное лечение может проводиться не ранее чем через мес (пороговое значение) после исчезновения клинических признаков болезни

6 месяцев

**Ситуационная задача № 164**

Женщина 55 лет обратилась к врачу-терапевту.

**Жалобы** На боль в лучезапястных суставах, отек и уплотнение кожи кистей, зябкость», онемение, изменение цвета кончиков пальцев кистей, кожный зуд, одышку при физической нагрузке, затруднение при глотании твердой пищи, изжогу, сухость во рту, общую слабость, сонливость.

**Анамнез заболевания**

• Росла и развивалась соответственно возрасту

• Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, двухсторонняя внебольничная пневмония 7 лет назад.

• Не курит, алкоголем не злоупотребляет

• Профессиональных вредностей не имела • Аллергических реакций не было

Отец умер от онкологии, у матери длительно гипертоническая болезнь, перенесла мозговой инсульт

**Анамнез жизни** Из анамнеза известно, что заболела около 10 лет назад: сначала отметила онемение и припухлость пальцев кистей. Кожа на руках стала натянутой и блестящей». Периодически отмечала посинение кожи на пальцах кистей и стоп, появление длительно незаживающих язвочек на кончиках пальцев кистей, особенно в зимний период года. Со временем стало трудно открывать рот, появились изжога, сухость во рту. Семь лет назад перенесла двухстороннюю пневмонию, с этого же времени стали беспокоить сухой кашель и одышка при физической нагрузке. Проводилось обследование для исключения туберкулеза: флюорография, диаскин тест-результаты отрицательные.

**Объективный статус** Состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, сухие: отмечается уплотнение кожи пальцев рук. Выраженный синдром Рейно, Красная кайма губ истончена, ротовая апертура уменьшена. На лице и ладонях единичные телеангиэктазии. Болезненность при пальпации лучезапястных и пястно фаланговых суставов. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие уры ул хрипы. Члд 18 в мин. Границы сердца расширены влево на 3 см от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. АД 135/90 мм рт. ст. ЧСС 80 В в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул нерегулярный, склонность к запорам У пациентки на руках данные общего анализа крови: гемоглобин 134 г/л, эритроциты 4,2х102/л, лейкоциты 8,5х109/л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 51%, эозинофилы 3%, лимфоциты 43%, моноциты 2%, тромбоциты 245х109/л, СОЭ 20 мм/час.

1. Для постановки предварительного диагноза необходимо выполнить (выберите 2)

* анализ крови на Scl-70 и антицентромерные антитела
* капилляроскопию

2. Необходимыми для постановки диагноза дополнительными методами обследования являются (выберите 5)

* эхокардиография
* мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки
* спирометрия
* эзофагогастродуоденоскопия
* электрокардиография

3. Предположительным основным диагнозом является

Системная склеродермия, лимитированная форма

4. У пациентки :

стадия развернутых клинических проявлений

5. Проявлениям CREST-синдрома является

синдром Рейно

6. Для постановки диагноза системной склеродермии используют

классификационные критерии ACR/EULAR

7. Препаратами первого ряда для лечения феномена Рейно являются

блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда

8. При необходимости продолжительного лечения феномена Рейно в качестве препаратов первой линии показаны

длительно действующие антагонисты кальция

9. Для лечения легочной артериальной гипертензии пациентке показано назначение

антагонистов рецепторов эндотелина-1

10. Для лечения диспептических явлений пациентка принимала омепразол в дозировке 20 мг/сут и метоклопромид 30 мг/сут, в течение 2 х недель, однако, вышеуказанные жалобы сохраняются. Рекомендуется проведение

24-часовой рН-метрии

11. Начинать лечение системной склеродермии с глюкокортикостеридов в дозе более 15 мг/кг не показано, поскольку

имеется высокий pиck paзвития сколеродермического почечного криза

12. Одним из редких осложнений системной склеродермии является

туннельный синдром

**Ситуационная задача №165**

Пациент Х., 66 лет, обратился на прием к врачу-терапевту.

**Жалобы** На одышку при физической нагрузке, кашель со слизисто-гнойной мокротой, сонливость днём, бессонницу ночью. В последние 5 дней также отмечает повышенную потливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры тела до 37,4°С.

**Анамнез заболевания**

• хронические заболевания отрицает

• курил с 16 до 50 лет по пачке день, после появления кашля старался ограничивать количество сигарет, на данный момент курит около 10 сигарет в день

• профессиональные вредности отрицает, работал инженером, сейчас на пенсии • аллергические реакции: поллиноз, антибиотики пенициллиного ряда - сыпь (крапивница)

• отец умер в 70 лет, со слов больного имел какие-то проблемы с легкими

**Анамнез жизни** Кашель беспокоит примерно с 50 лет. До 60-летнего возраста был неинтенсивным с небольшим количеством слизистой мокроты. Не лечился, связывал заболевание с курением. Однако за последние годы самочувствие ухудшилось: усилился кашель, характер мокроты стал слизисто-гнойным, присоединилась одышка, интенсивность которой со временем нарастала. Обратился к врачу в связи с повышением температуры тела, увеличением количества выделяемой мокроты, ограничением физической нагрузки из-за одышки (не может подняться выше 3 этажа без остановки).

**Объективный статус С**остояние средней тяжести. Рост 178, вес 88 кг. чдд - 21 в минуту, одышка преимущественно экспираторного характера. Грудная клетка бочкообразная. Экскурсия нижнего края ограничена до 3-4 см и опущена на 2 см. Бронхофония и голосовое дрожание одинаковые с обеих сторон. По всем легочным полям выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, верхняя на уровне 3 ребра; левая совпадает с верхушечным толчком в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, соотношение тонов не изменено, ритм сердца правильный. Пульс - 76 ударов в минуту. АД - 124/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируются. Температура тела субфебрильная, 37,5°С

1. Для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей целесообразно выполнить

спирометрию

2. Полученные при спирометрии данные свидетельствуют

о наличии у пациента обструкции средней степени тяжести

3. У данного пациента имеется

хроническая обструктивная болезнь легких

4. Как в проксимальных, так и в дистальных отделах дыхательных путей для ХОБЛ характерно повышение

нейтрофилов

5. Измерение концентрации а1-антитрипсина данному пациенту

показано в связи с наличием эмфиземы преимущественно в базальных

отделах легких

6. По результатам осмотра по шкале mMRC-3 балла, САТ-тест-12 баллов. Пациент отмечает, что состояние ухудшается 1 раз в год. В соответствии с классификацией GOLD (2011г.) пациент относится к группе

В (низкий риск обострений, симптомы выражены)

7. Из антибактериальных препаратов пациенту следует рекомендовать

респираторные фторхиноны

8. Преимуществом бета-2-агонистов по сравнению с антихолинергическими препаратами при лечении обострения ХОБЛ является

более быстрое развитие эффекта

9. После установления диагноза пациенту следует назначить комбинацию длительно действующего антихолинергического препарата и

длительно действующего бета-2-агониста

10. Данному пациенту показана вакцинация от гриппа и

Пневмококка

11. Одним из показаний для хирургического лечения ХОБЛ - проведения трансплантации легких является

ОФB1< 15-20% должных

12. В качестве реабилитационного лечения пациент, следует рекомендовать

обучение в школе для больных, отказ от курения

**Ситуационная задача № 166**

Пациентка М. 24 года, обратилась к участковому врачу.

**Жалобы**При поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице слабость, недомогание.

**Анамнез заболевания**

• В анамнезе обращают на себя внимание неоднократные эпизоды тонзиллофарингита (до 3-4 в год) • Вредные привычки отрицает

• Студентка театрального вуза

• Аллергические реакции отрицает • Мать (54 года) страдает гипертонической болезнью с 40 лет

**Анамнез жизни** Две недели назад заболело горло, температура поднялась до 38,0°С. Терапевтом был назначен антибиотик (Амоксиклав) на 10 дней по 500 мг х 3 раза в день, лабораторные исследования не проводились. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось, в связи с чем, через два дня от начала улучшения пациентка самостоятельно отменила прием антибиотика (курс антибактериальной терапии составил 5 дней). Три дня назад отметила появление отеков лица по утрам моча приобрела красный оттенок, температура поднялась до субфебрильных цифр

**Обьективный статус** Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы подчелюстной области, болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, налета нет. Тоны сердца чистые, звучные, соотношение тонов не изменено. ЧСС -80 уд./мин., АД - 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

1. Для постановки диагноза из лабораторных методов обследования целесообразно выполнить (выберите 4)

* анализ мочи по Нечипоренко
* биохимический анализ крови
* общий анализ мочи
* анализ титра антистрептококковых антител

2. Для постановки диагноза из инструментальных методов исследования необходимо выполнить

УЗИ Почек

3. Наиболее вероятным основным диагнозом является

Острый посстрептококковый гломерулонефрит

4. Для мембранопролифератинвного гломерулонефрита в отличие от посттрептококкового характерно/характерна

более длительная гипокомплементемия

5. Показанием к госпитализации при постстрептококковом гломерулонефрите является

нарушение функции почек, сохраняющаяся АГ, признаки сердечной недостаточности, нефротический синдром

6. В течение заболевания титр АСЛ-О

повышается через одну неделю после начала инфекции, пик через один месяц, возвращение к исходному уровню в течение нескольких месяцев

7. Препаратами первой линии при симптоматической терапии являются

петлевые диуретики

8. Назначение антибиотиков пациентке показано

только после бактериологического исследования

9. Немедикаментозными принципами лечения гломерулонефрита являются/является

постельный режим, диета с ограничением потребления соли, белка и жидкости

10. Через 3 дня от начала лечения пациентка была госпитализирована в стационар в связи с сохранением нефротического синдрома. Проводилось лечение, но нефротический синдром сохраняется более 2-х недель, уровень креатинина 115 мкмоль/л-без динамики последние 2 недели. Тактикой врача является

проведение биопсия почки

11. Показанием к биопсии почки является

мочевой синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне

комплемента C3

12. Одним из факторов неблагоприятного прогноза течения заболевания является

неконтролируемая артериальная гипертензия, развившаяся во время заболевания

**Ситуационная задача №167**

Пациент М. 56 лет обратился на прием к участковому врачу.

**Жалобы** Боли в эпигастральной области с иррадиацией в левую половину грудной клетки и левую лопатку, возникающие сразу после приема пищи, отрыжка кислым, тошнота, запоры, рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение.

**Анамнез заболевания**

• Хронические заболевания отрицает • Профессиональные вредности отрицает.

• Курит с 20 лет по 4 сигареты в день. • Отец страдал язвенной болезнью желудка.

**Анамнез жизни** Боли беспокоят пациента с 53 лет. Со слов пациента перенес сложный перелом лодыжки. Принимал диклофенак 75 мг 4-5 раз в неделю в течение 1 месяца при возникновении боли в лодыжке. В данный момент также принимает препарат. Боль в желудке связывает с употреблением острой пищи. В пос дни заметил некоторое уменьшение болей, но рвота приобрела красноватый оттенок.

**Объективный статус** Состояние средней тяжести. Рост 176см, вес 81 кг ЧДД 16 в минуту. Язык обложен белым налётом. ЧСС 81 уд/мин. Температура 36,5°С. При пальпации живот чувствителен в эпигастральной области. АД 100/90 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, дыхательных шумов нет.

1. Для постановки диагноза из инструментальных методов исследования необходимо выполнить (выберите 4)

* суточное мониторирование внутрижелудочного рн
* УЗИ органов брюшной полости
* рентгенологическое исследование с бариевой взвесью
* эзофагогастродуоденоскопию

2. «Золотым стандартом» диагностики инфекции Helicobacter pylori является

дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами 13С или 14С

3. Наиболее вероятным диагнозом следует сформулировать как

Симптоматические язвы желудка

4. Основной причиной поражения желудка у пациента является

длительный прием НПВС

5. Одним из признаков малигнизации язвы желудка является

сниженный, извращенный аппетит

6. Признаком гастродуоденальных язв и эрозий, обусловленных приемом НПВП, ЯВЛЯЮТСЯ/является

множественный характер, малосимптомное течение, манифестация внезапными желудочно-кишечными кровотечениями

7. Препаратами выбора для данного пациента являются

антациды, Н2-блокаторы, блокаторы протоновой помпы

8. Феномен «рикошета» характерен для

антацидов

9. Пациенту следует рекомендовать диету № по Певзнеру

№ 1

10. Наиболее частым осложнением, возникающим у пациента с язвенной болезнью, является

кровотечение

11. Симптомами начала перфорации язвы являются/является

внезапная «кинжальная» боль, вынужденное положение на спине или на боку с приведенными к животу ногами постоянная боль в эпигастрии, усиливающаяся в ночное время,

12. Перед назначением пациенту диклофенака врач должен был рекомендовать

диагностику на наличие Helicobacter pylori ассоциированного поражения желудка, при необходимости провести эрадикационную терапию

**Ситуационная задача №168**

Больной 64 лет обратился к врачу общей практики.

**Жалобы** На припухание, боль и ограничение движений в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над этими суставами.

**Анамнез заболевания**

• Рос и развивался нормально.

• Работает бухгалтером.

• Перенесенные заболевания и операции: отрицает.

• Наследственность: не отягощена.

• Аллергологический анамнез: не отягощен.

• Вредные привычки: курит, употребление алкоголя - по 0,3-0,5 мл пива 4-5 раз в неделю, 1-2 раза в неделю употребление крепких алкогольных напитков в количестве, не превышающем 200 мл.

**Анамнез жизни** 8 лет тому назад на фоне относительного благополучия пациент впервые в жизни отметил появление покраснения, отёчности и интенсивных болей в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал, позже стали возникать подобные приступы с вовлечением мелких суставов правой стопы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних б месяцев. Неоднократно пациент замечал безболезненное отхождение с мочой конкрементов желтовато-бурового цвета размером до 3-4 мм.

**Объективный статус** Телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,2 - 0,3 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато-багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

1. Лабораторная диагностика пациента должна включать исследование в сыворотке крови уровня

мочевой кислоты

2. При отсутствии возможности проведения пациенту УЗИ сустава, исследование можно заменить

рентгенографией сустава

3. На основании полученных результатов пациенту может быть

сформулирован диагноз

Подагра

4. Стадия болезни у пациента соответствует

острому подагрическому артриту

5. При появлении подозрений на наличие атипичной локализации тофусов в позвоночнике пациента в план обследования будет необходимо включить проведение

магнитно-резонансной томографии

6. Для оценки функции почек пациенту необходимо провести оценку

креатинина

7. С целью купирования острого приступа подагры пациенту показано назначение

колхицина

8. В случае неэффективности стартовой терапии колхицином в средних дозах пациенту будет целесообразно

назначить НПВС

9. После регресса симптоматики острого подагрического артрита (в случае исключения у пациента нарушения функции почек) ему показано проведение базисной уратснижающей терапии

аллопуринолом

10. Целевые значения урикемии на фоне поддерживающей уратснижающей терапии у данного пациента должны быть ниже мкмоль/л

300 мкмоль/л

11. Одним из возможных клинических проявлений подагры является

мочекаменная болезнь

12. Группа препаратов, не рекомендованных к применению у пациентов с артериальной гипертензией, является

диуретики

**Ситуационная задача №169**

Пациентка Ш., 64 года, пенсионерка, обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы** На снижение аппетита; чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приема любой пищи; отрыжку воздухом и вздутие живота; чувство онемения и покалывания в нижних конечностях; периодическая диарея; чувство жжения и онемения на кончике языка; постоянную слабость.

**Анамнез заболевания** Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, ветряная оспа в 5 лет.

Холецистэктомия - в 53 года.

Эпиданамнез: Tbc, гепатит, венерические заболевания отрицает. За границу не выезжала. Укусов клещей не было. С инфекционными больными в контакте не была. Сырую воду не пьет. В водоемах не купалась.

Гемотрансфузии: не проводились. Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез: пищевая, лекарственная, химическая аллергия отсутствует.

Гинекологический анамнез: беременности-3, роды - 3, аборты -0. Менопауза с 51 года.

Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет «редко в малых дозах».

Проф. анамнез: работала продавщицей хозтоваров, профессиональных вредностей не было.

Бытовые условия хорошие, питание регулярное, разнообразное, вегетарианской Диеты не соблюдает.

**Анамнез жизни** Считает себя больной в течение последних 8-ми месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии после еды, вздутие живота и отрыжку воздухом. В течение последних 6-ти месяцев отмечает разжижение стула.

При расспросе выяснено, что 4 года назад пациентке была произведена правосторонняя гемиколонэктомия по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки. Пациентка наблюдается у врача гастроэнтеролога и колопроктолога, данных о рецидиве заболевания нет.

С вышеуказанными жалобами никуда не обращалась, лечение не проходила. За последний год похудела на 5 кг. Ухудшение состояния за последний месяц - усиление всех симптомов, появление чувства жжения и онемения кончика языка, онемения и покалывания в нижних конечностях.

**Объективный cтaтyc** Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Рост-165 см, вес - 56 кг, имт - 20,6 кг/м², температура тела - 37,1°С.Телосложение - нормостеническое.Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, сухие, эластичность снижена. Видимые слизистые бледные, чистые. Склеры иктеричны. Язык красный, гладкий и блестящий («лакированный») Периферические л/узлы не увеличены.

Костно-мышечная система: атрофия и слабость мышц верхних и нижних конечностей.

Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД=130/80 мм рт. ст., Ps=84 уд/мин.

Легкие-перкуторно легочной звук, дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД-16 в 1 мин. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий,

безболезненный. Селезенка не пальпируется. Передненижний край печени - на уровне реберной дуги, закругленный, поверхность эластичная.

Отмечается пастозность стоп и голеней.

1. В план обследования пациентки необходимо включить (выберите 5)

* клинический анализ крови обоснование
* биохимический анализ крови Обоснование
* исследование морфологии костного мозга Обоснование
* определение уровня витамина В12 в сыворотке крови обоснование
* определение уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови обоснование

2. Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

эзофагогастродуоденоскопии

3. Предполагаемым основным диагнозом является: Анемия

В12-дефицитная

4. Клиническим(-и) проявлением (-ями) фуникулярного миелоза у данной пациентки является/являются

ощущение онемения и покалывания в ногах

5. Клиническим проявлением поражения системы пищеварения у данной пациентки является

гладкий «лакированный язык

6. Наиболее вероятной причиной развития у пациентки В12 дефицитной анемии является

• атрофический гастрит

6. Наиболее вероятной причиной развития у пациентки В12 дефицитной анемии является

атрофический гастрит

7. Пациентке показан путь введения цианкобаламина

внутримышечный

8. Ранний контроль эффективности терапии В12-дефицитной анемии по возникновению ретикулоцитарного криза проводится на сутки от начала лечения

5-7

9. После начала терапии цианкобаламином повышение уровня гемоглобина ожидается на сутки

7-10

10. Ежедневная потребность организма человека в витамине В12 составляет мкг

2-4 мкг

11. Показанием для переливания эритроцитарной массы больным В12-дефицитной анемией является

оценка индивидуальных

12. При невозможности устранить причину развития В12-дефицитной анемии пациенту показано проведение профилактических курсов цианкобаламина, которые проводятся

ежегодно

**Ситуационная задача 170**

Больной 54 лет обратился к врачу-терапевту.

**Жалобы** На рост «косточки», находящейся у основания большого пальца правой ноги и на появление безболезненных плотноэластических образований на пальцах обеих РУК

**Анамнез заболевания** В детстве рос развивался соответственно возрасту.

• Работает в офисе за персональным компьютером, профессиональные вредности

отрицает.

• Перенесенные заболевания и операции: в детском возрасте (12 лет) - аппендэктомия, почечная колика 2 года тому назад.

• Наследственность: не отягощена.

• Аллергологический анамнез: не отягощен.

• Вредные привычки: курит по 10 сигарет в сутки, алкоголь (со слов пациента) употребляет умеренно-по выходным.

**Анамнез жизни**

С 35 лет страдает АГ в связи с чем регулярно принимает гидрохлортиазид 12,5 мг/ сут и эналаприл 10 мг/сут с эффектом - цифры АД не поднимаются выше 140/90 мм рт. ст.. Примерно с 40-летнего возраста отмечает возникновение эпизодов покраснения и отечности первого плюсне-фалангового сустава большого пальца правой ноги, которые повторяются с периодичностью 1-2 раза в год, длятся по 7-10 дней и купируются на фоне приема нимесулида. 5 лет тому назад на пальцах рук появились и медленно увеличиваются в размерах безболезненные <бугорки», при случайной травме одного из которых появилось светлое отделяемое, по виду напоминающее пищевую соду (со слов больного). 2 года тому назад перенес приступ «почечной колики».

**Объективный статус** Телосложение правильное, избыточная масса тела - ИМТ=28 кг/м². В области дистальных фаланг пальцев обеих кистей рук - опухолевидные образования (см. ниже). Отмечается вальгусная деформация первого пальца правой стопы. Отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, АД - 120/75 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный; печень и селезенка перкуторно не увеличены.

1. В план лабораторного обследования пациента необходимо включить (выберите 3)

исследование мочевой кислоты сыворотки

2. Инструментальное обследование пациента должно включать

проведение (выберите 2)

* рентгенографии первого плюснефалангового сустава правой стопы
* аспирации первого плюснефалангового сустава правой стопы

3. На основании проведённого обследования пациентке может быть поставлен диагноз

Подагры

4. Клиническая картина заболевания соответствует

хронической тофусной подагре

5. Медикаментозная терапия пациента должна быть направлена на ингибирование

ксантиноксидазы

6. Принимая во внимание наличие у пациента хронической тофусной подагры с ХБП ЗА оптимальным препаратом для проведения у не уратснижающей терапии является

фебуксостат

7. Целевые значения для сывороточного уровня мочевой кислоты для данного пациента

300

8. Для профилактики приступов подагрического артрита на фоне начала уратснижающей терапии пациенту показано назначение

колхицина

9. Профилактическая доза колхицина в данной ситуации должна составлять

0,5 мг/сут

10. Коррекция антигипертензивной терапии у данного пациента

требует отмены гидрохлортиазида

11. Коррекция диеты данного пациента должна состоять в ограничении употребления

морепродуктов

12. Резекция тофусов у больных хронической тофусной подагрой

показана при наличии тяжёлых осложнений

**Ситуационная задача №171**

Пациентка С. 27 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

**Жалобы** Частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после

приёма пищи;чувство быстрого насыщения; отрыжка кислым; общая слабость; неустойчивость стула.

**Анамнез заболевания**

• Росла и развивалась нормально.

• Работает учителем в школе, профессиональные вредности отрицает. • Перенесенные заболевания и операции: отрицает.

• Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез не отягощен.

• Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

**Анамнез жизни** Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5-ти лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад. Самостоятельно принимала антациды с кратковременным положительным эффектом.

**Объективный статус** Пациентка нормостенического телосложения, рост=167 см, вес=62 кг. Состояние удовлетворительное: кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Отёков нет, периферические л/у не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=72 в минуту, АД=110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Учитывая наличие у пациентки симптоматики желудочной диспепсии лабораторное обследование должно включать (выберите 3)

* общий анализ крови
* исследование кала на скрытую кровь
* дыхательный тест с мочевиной, меченой <sup>13</sup>C

2. Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение (выберите 2)

* эзофагогастродуоденоскопии
* ультразвукового исследования органов брюшной полости

3. Предварительный диагноз пациентки может быть сформулирован как

Функциональная диспепсия

4. Клинический вариант функциональной диспепсии у данной пациентки может быть определен как

постпрандиальный дистресс-синдром

5. Проведение эрадикационной терапии у пациентки

•показано, потому что позволит исключить наличие функциональной диспепсии, ассоциированной с H. pylori

6. В качестве зрадикационной терапии, кроме ингибитора протонной помпы, пациентке показано назначение

амоксициллина и кларитромицина

7. Оценку эффективности проведённой эрадикационной терапии следует проводить не ранее чем через недели (недель)

4 недели

8. Продолжительность эрадикационной терапии в данном клиническом случае должна составлять (в днях)

14 дней

9. Для оценки эффективности проведённой эрадикационной терапии у пациентки нельзя будет использовать

определение антител к H. pylori

10. При исчезновении симптоматики диспепсии после проведения зрадикационной терапии говорить о функциональном её характере у Данной больной и об отсутствии ассоциации с инфекцией H. pylori можно только по прошествии (в месяцах)

6-12

11. В случае сохранения у пациентки симптоматики диспепсии по окончании эффективной эрадикационной терапии по отрицательному результату дыхательного уреазного теста показано назначение

•прокинетиков

12. Под постпрандиальным дитстресс-синдромом понимают

чувство переполнения желудка или раннее насыщение, которые возникают после еды чаще 3 раз в неделю, при том, что объем принимаемой пищи обычный

**Ситуационная задача №172**

Женщина 68 лет обратилась к участковому терапевту.

**Жалобы** На интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, левую половину шеи, межлопаточное пространство, без эффекта от приема нитроглицерина.

**Анамнез заболевания**

иные хронические заболевания отрицает;

курит на протяжении 20 лет по 10 сигарет день, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было.

**Анамнез жизни** в анамнезе с 50 лет артериальная гипертензия с максимальным подъемом цифр АД до 210/100 мм рт. ст., сопровождающаяся головной болью в затылочной области, общей слабостью. Антигипертензивную терапию принимала нерегулярно. За медицинской помощью по этому поводу не обращалась. Около 2-х лет отмечает давящую боль за грудиной при умеренных физических нагрузках с эффектом от нитроглицерина, с постепенным снижением толерантности к физическим нагрузкам. Сегодня утром по дороге на работу отметила ангинозный приступ без эффекта от нитроглицерина. С момента приема препарата прошло более 9 часов. Обратилась к участковому терапевту.

**Объективный статус** Состояние тяжелое. Положение активное. Рост 165 см. Вес 82 кг. 30,12 кг/м². Температура тела - Кожные покровы теплые, повышенной влажности, обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений-24 в минуту, сатурация без респираторной поддержки. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, патологические шумы не выслушиваются, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление - 180/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову -9х8х7 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Вызвана бригада СМП.

1. В данной ситуации из инструментальных иследований целесообразно выполнить (выберите 2)

* электрокардиографию
* эхокардиографию

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

* определение уровня тропонина Гили Т
* определение уровня МВ-КФК

3. У пациентки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_период инфаркта миокарда

острый

4. При подозрении на инфаркт миокарда нижне-базальной локализации, необходимо • использование

отведений ЭКГ V<sub>7</sub>-V<sub>9</sub>

5. Для купирования болевого приступа рекомендовано использовать

• морфин

6. У пациентки выраженное беспокойство и возбуждение. Показан

диазепам

7. По данным коронарной ангиографии у пациентки внутрикоронарный тромбоз-субокклюзия в бассейне левой коронарной артерии в правой межжелудочковой ветви. Методом реперфузионной терапии, который необходимо провести пациентке, является

• чрескожное коронарное вмешательство

8. Пациентке перед проведением эндоваскулярной реваскуляризации показана терапия комбинацией

• ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля

9. Перед планирующимся проведением чрескожного коронарного вмешательства нагрузочная доза клопидогреля должна составить (пороговое значение в мг)

• 600 мг

10. Рекомендовано продолжать двойную антитромбоцитарную терапию в течение (в месяцах)

• 12 месяцев

11. Для стратификации риска неблагоприятного исхода рекомендовано использовать шкалу

GRACE

12. В качестве профилактических мероприятий пациентке в первую очередь следует порекомендовать

• снижение веса, активной физической нагрузки, отказ от курения

**Ситуационная задача №173**

Женщина 37 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту.

**Жалобы** На повышение температуры тела до 38,9°С, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание в ночное время, рези при мочеиспускании.

**Анамнез заболевания** работает кассиром. Имеет 1 ребенка. Естественные роды. Семейный анамнез не отягощен. Аллергоанамнез: аллергия на магнезию по типу крапивницы. Перенесенные заболевания: Хронический цистит с 28 лет. В детстве перенесла ветряную оспу, ОРВИ. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает.

**Анамнез жизни** Заболевание началось остро, состояние ухудшилось в последние 2 дня. Месяц назад перенесла обострение хронического цистита, после переохлаждения на катке. Лечилась народными методами.

**Объективный статус** Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступна контакту. Положение активное. Масса 60 кг, рост 160 см. ИМТ 23,43 кг/м². Кожные покровы бледно розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 39,0 С. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 77 уд/мин.

Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

1. Из лабораторных исследований целесообразно выполнить (выберите 4)

* общий анализ крови
* биохимический анализ крови
* общий анализ мочи
* бактериологическое исследование мочи

2. Из инструментальных исследований целесообразно выполнить

• УЗИ почек

3. Предполагаемым основным диагнозом является

Первичный острый; Активная; сохранной

4. Возбудителем острого пиелонефрита наиболее часто является

• Escherichia coli

5. Объём выпиваемой жидкости во время лечения должен составлять мл/сутки

• 2000-2500

6. До получения результатов бактериологического посева мочи всем пациентам с острым пиелонефритом рекомендуется

• проведение эмпирической антибактериальной терапии

7. Всем пациентам для лечения острого неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения в качестве терапии первой показаны

• фторхинолоны перорально

8. Средняя продолжительность применения антибактериальных препаратов первой линии при неосложненном пиелонефрите нетяжелого течения должна составлять дней

• 7-10

9. Выполнение нефрэктомии рекомендуется при

• наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы

10. После купирования атаки острого пиелонефрита и нормализации анализов мочи показана/показано

Длительная терапия отварами мочегонных и антисептических трав или официнальными растительными препаратами

11. Пациентам с вторичным (обструктивным) острым пиелонефритом антибактериальная терапия должна начинаться

• только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

12. При наличии у пациентов почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин) рекомендуется терапия

• цефтриаксоном

**Ситуационная задача №174**

Женщина 65 лет обратилась к терапевту.

**Жалобы** На головную боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами, эпизоды головокружения и общей слабости.

**Анамнез заболевания**• Иные хронические заболевания отрицает; • курение, алкоголь отрицает; • профессиональных вредностей не имела;

• аллергических реакций не было.

**Анамнез жизни** С 50 лет отмечает повышение давления с максимальным подъемом цифр АД до 200/100 мм рт. ст.; сопровождающееся головной болью в затылочной области. Антигипертензивную терапию не принимала. За медицинской помощью не обращалась. Сегодня утром отметила головную боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами. Обратилась к участковому терапевту.

**Объективный статус**

Состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Температура тела -36,6°С. Кожные покровы теплые, обычной влажности и окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений-16 в минуту, сатурация SpO2 - 99% без респираторной поддержки. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, патологические шумы не выслушиваются, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений - 85 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита нет. Артериальное давление - 210/110 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову-9х8х7 см. Пальпация печени безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение. ИМТ 28 кг/м².

1. В данной ситуации из инструментальных иследований целесообразно выполнить (выберите 4)

* электрокардиографию
* эхокардиографию
* дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
* ультразвуковое исследование (УЗИ) почек

2. Из лабораторных исследований пациентке целесообразно выполнить (выберите 4)

* общий анализ крови
* исследование глюкозы плазмы крови
* общеклинический анализ мочи
* анализ липидного спектра

3. На основании полученных результатов проведённого обследования пациентке может быть поставлен диагноз

• Гипертоническая болезнь

4. У пациентки артериальная гипертензия степени

3 степень

5. Для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у данной пациентки необходимо использовать шкалу

• SCORE

6. По результатам проведенного обследования пациентке может быть диагностирована \_\_ стадия гипертонической болезни

• 2 стадия

7. Сердечно-сосудистый риск пациентки может быть оценен как

высокий/очень высокий

8. Терапию пациентки следует начать с

• комбинации блокатора ренин-ангиотензиновой системы и

дигидропиридинового антагониста кальция

9. Пациентке рекомендуется снижать САД до целевых значений MM PT.CT

130-139

10. в питании пациентке следует рекомендовать уменьшить употребление

• мяса

11. У пациентки с артериальной гипертензией следует уменьшить потребление соли до \_\_ г/сутки

• 5 г

12. В рамках диспансерного наблюдения пациентке следует рекомендовать проведение оценки факторов риска и ПОМ не реже 1 раза в месяцев (-а)

• 12 месяцев

**Ситуационная задача №175**

Мужчина 57 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту.

**Жалобы** Повышение температуры тела до 38,9°С, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание ночью, рези при мочеиспускании.

**Анамнез заболевания** Рос и развивался соответственно возрасту. Работает трактористом. Семейный анамнез-у отца мочекаменная болезнь. Аллергоанамнез: отрицает. Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь раз в неделю. Перенесенные заболевания: В анамнезе мочекаменная болезнь с 50 лет. Простатит, выявлен в течение года. Подагра. В детстве перенес ветряную оспу, ОРВИ. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает. Постоянный прием: Аллопуринол 100 мг/сут.

**Анамнез жизни** Заболевание началось остро, состояние ухудшилось за последние несколько дней. Симптомы появились после сильного переохлаждения - рубил лес в морозную погоду.

**Объективный статус** Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступен контакту. Положение

активное. Масса 70 кг, рост 165 см. ИМТ 25,73 кг/м². Кожные покровы бледно розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 38,9°С. В легких дыхание жесткое. Хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

1. Из лабораторных исследований целесообразно выполнить (выберите 4)

* Общий анализ крови
* биохимический анализ крови
* общий анализ мочи
* бактериологическое исследование мочи

2. Из инструментальных исследований целесообразно выполнить

УЗИ почек

3. Предполагаемым основным диагнозом является:

• Вторичный (обструктивный) острый; Активная; сохранной

4. Возбудителем острого пиелонефрита наиболее часто является

Escherichia coli

5. Дальнейшая тактика участкового врача-терапевта в данном случае должна заключаться в

• экстренной госпитализации пациента в урологический стационар

6. При вторичном (обструктивном) острым пиелонефрите антибактериальная терапия должна начинаться

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки в/в в курсовых дозах

7. Данному пациенту показана

• установка внутреннего стента

8. Всем пациентам для лечения острого осложненного пиелонефрита в качестве терапии первой линии показано

внутривенное введение цефалоспоринов 3-4 поколения

9. После восстановления оттока мочи объём выпиваемой жидкости Во время лечения должен составлять мл/сут

• 2000-2500

10. Нефрэктомия показана при

наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы

11. Тактика ведения пациента после купирования обострения пиелонефрита должна заключаться в рекомендациях

• длительного приема мочегонных и уросептиков, коррекции артериального давления

12. В случае наличия у пациента почечной недостаточности (скорость^ клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин), показано лечение

• цефтриаксоном

**Ситуационная задача №176**

Женщина 65 лет обратилась к участковому терапевту.

**Жалобы** На одышку при обычной физической активности, сердцебиение, утомляемость, отеки голеней и стоп.

**Анамнез заболевания**

• Иные хронические заболевания отрицает;

• курение, алкоголь отрицает;

• профессиональных вредностей не имела;

• аллергических реакций не было.

**Анамнез жизни** С 50 лет артериальная гипертензия с максимальным подъемом цифр АД до 180/100 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области, общей слабостью. Постоянная антигипертензивная терапия лозартаном 100 мг/сут с Достижением целевого уровня АД. В 60 лет перенесла инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка. Проводилась консервативная терапия. Последние 2 месяца стала отмечать одышку при обычной физической активности, сердцебиение и утомляемость, появились отеки ног. Обратилась к участковому терапевту.

**Объективный статус** Состояние тяжелое. Положение активное. Рост 165 см. Вес 82 кг. ИМТ 30,12 кг/м². Температура тела - 38,5°С. Кожные покровы теплые, повышенной влажности, обычной окраски. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка обычной формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный над всеми полями. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах легких. Частота дыхательных движений -20 в минуту, сатурация SpO2 - 98% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок локализуется в V межреберье по срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя нижний край II ребра, левая -на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений - 85 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита нет. Артериальное давление - 150/90 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Пальпация печени безболезненна. Селезенка: не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация в точках Кювье безболезненна. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. По тяжести состояния пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение.

1. В данной ситуации из инструментальных исследований целесообразно выполнить (выберите 3)

* электрокардиографию
* эхокардиографию
* рентгенографию органов грудной клетки

2. В данной ситуации из лабораторных исследований целесообразно выполнить (выберите 5)

* определение уровня натрийуретических гормонов крови
* общий анализ крови
* биохимический анализ крови
* исследование уровня гормонов щитовидной железы
* общий анализ мочи

3. Наиболее специфичными клиническими признаками, характерными для хронической сердечной недостаточности, являются

• гепатоюгулярный рефлюкс, третий тон (ритм галопа)

4. Учитывая результаты эхокардиографии, у пациентки хроническая сердечная недостаточность с (со) фракцией выброса

сниженной

5. По данным классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца у пациентки функциональный класс хронической сердечной недостаточности

II ФК

6. При лечении хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса препаратами первой очереди являются ингибиторы ангиотензинзин-превращающего фермента,

бета-адреноблокаторы, а также

• антагонисты минералокортикоидных рецепторов

7. У пациентки имеются признаки задержки жидкости. Для улучшения симптомов сердечной недостаточности и снижения риска госпитализаций ей следует рекомендовать

• фуросемид

8. Начальная доза фуросемида, использующаяся для лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью мг/сут

• 20-40

9. Для снижения риска госпитализаций и смерти у пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса следует применять ингибиторы АПФ в сочетании с

• бета-адреноблокаторами

10. Антиаритмики I класса НЕ рекомендуются больным ХСН, так как

• повышают риск внезапной смерти у пациентов

11. На основании полученных данных проведенных исследований, пациентке показано дополнительное обследование с целью выявления

сахарного диабета

12. Из гипогликемических препаратов усугубить течение сердечной недостаточности могут

• тиазолидиндионы

**Ситуационная задача №177**

Женщина 39 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту

**Жалобы** Повышение температуры тела до 38,9°С, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание, головную боль, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания** Росла и развивалась соответственно возрасту. Работает юристом. Имеет 3 ребенка. Естественные роды. Семейный анамнез не отягощен. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: В детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ и ОРВИ. Аппендэктомия в 28 лет. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает.

**Анамнез жизни** Впервые боли в поясничной области, лихорадка, озноб, дизурические явления появились 5 лет назад в послеродовом периоде. Амбулаторно в течение недели принимала антибиотики, после чего все симптомы исчезли. В последующие годы периодически беспокоили боли в поясничной области, что сопровождалось повышением температуры до 37,5-38°С. По поводу данных жалоб в поликлинику не обращалась. Последнее ухудшение наступило после переохлаждения: ныряла в

прорубь. В последние месяцы отметила повышение АД до 140-150/90-99 мм рт. ст.

**Объективный статус** Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступна контакту. Положение активное. Масса 65 кг, рост 160 см. ИМТ 25,39 кг/м². Кожные покровы бледно розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 38,9°С. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 150/90 мм рт. ст. ЧСС 77 уд/мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

1. Из лабораторных исследований целесообразно выполнить (выберите 4)

* общий анализ крови
* биохимический анализ крови
* общий анализ мочи
* бактериологический посев мочи

2. Из инструментальных исследований целесообразно выполнить

УЗИ ПОЧЕК

3. Основным предполагаемым диагнозом является: хронический правосторонний рецидивирующий пиелонефрит. Фаза активного воспаления. форма. сохранной функцией почек

Первичный; Гипертоническая

4. Объём выпиваемой жидкости во время лечения должен составлять мл/сутки

2000-2500

5. Пациентке в фазе обострения вторичного (обструктивного) хронического пиелонефрита, антибактериальная терапия должна Начинаться

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

6. При гипертонической форме хронического пиелонефрита предпочтение следует отдавать

ингибиторам АПФ

7. Всем пациентам для лечения хронического неосложненного пиелонефрита в фазе активного воспаления, нетяжелого течения в качестве терапии первой линии показано назначение

• пероральное; фторхинолонов

8. Сpeдняя Продолжительность применения антибактериальных препаратов первой линии при обострении неосложненного хронического пиелонефрита нетяжелого течения должна составлять дней

10-14 дней

9. Выполнение нефрэктомии рекомендуется при

наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы

10. После купирования обострения пиелонефрита пациентке следует рекомендовать

• длительную терапию отварами мочегонных и антисептических трав или официнальными растительными препаратами

11. При наличии почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин), рекомендуется назначение

• цефтриаксона

12. Больным хроническим пиелонефритом, осложненным артериальной гипертензией при отсутствии полиурии и потери электролитов, показано ограничение потребления жидкости до мл/сут

• 1000 мл

**Ситуационная задача №178**

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту.

**Жалобы** На повышение температуры тела до 38,5°С, общую слабость, кашель со слизистой мокротой, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке.

**Анамнез заболевания**

• хронические заболевания отрицает • курение по 1 пачке в день в течение 20 лет, алкоголем

• профессиональных вредностей не имел

• аллергических реакций не было

• наследственный анамнез без особенностей

**Анамнез жизни** Заболел остро 3 дня назад, когда отметил повышение температуры до 38,5°С, озноб, появился кашель со слизистым отделяемым. Самостоятельно принимал парацетамол со снижением температуры тела до 37,5°С. В последующем отметил выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, присоединилась одышка при умеренной физической нагрузке, в связи с этим обратился ко врачу.

**Объективный статус** Объективно: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, адекватен. Температура тела 38,0°С. Телосложение нормостеническое. Рост 170 см, вес 70 кг. Кожные покровы бледные, теплые. Отеков нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя - III межреберье, левая - по левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритм правильный. АД 110/60 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин. Пульсация на периферических артериях нижних конечностей сохранена. Границы легких не изменены. В легких жесткое дыхание, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа. Перкуссия: притупление в нижних отделах справа. ЧД - 19 в мин. Живот обычной формы и размера, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Пациент был госпитализирован в терапевтический стационар.

1. В план лабораторных методов обследования пациента необходимо включить (выберите 3)

* развернутый общий анализ крови
* биохимический анализ крови
* уровень СРБ

2. Инструментальное обследование пациента должно включать (выберите 3)

* рентгенографию органов грудной клетки
* пульсоксиметрию
* ЭКГ в стандартных отведениях

3. На основании данных проведённого обследования пациенту может быть поставлен диагноз

• Внебольничная пневмония нижней доли справа, нетяжелое течение, неуточненной этиологии. ДН 0

4. Для оценки прогноза и степени тяжести пневмонии у пациента следует использовать шкалу

• CURB/CRB-65

5. В качестве этиотропной эмпирической терапии внебольничной пневмонии пациенту показано назначение

• амоксициллина

6. Эффективность проводимой больному антибактериальной терапии

следует оценивать через (в часах)

• 48-72

7. При неэффективности стартовой антибиотикотерапии пациенту показано назначение

• левофлоксацина

8. При эффективности антибактериальной терапии продолжительность лечения пациента должна

определяться индивидуально

9. Показанием для отмены антибиотикотерапии у пациента будет являться стойкое снижение температуры тела < °C в течение не менее 48 часов

• 37,2

10. При улучшении состояния пациента противопоказанием для отмены антибактериальной терапии будет наличие

• лейкоцитоза 12x109

11. Абсолютным показанием к ИВЛ при острой дн на фоне внебольничной пневмонии является

• нарушение сознания (сопор, кома)

12. При тяжелом течении внебольничной пневмонии и развитии септического шока в случае назначения глюкокортикостероидов предпочтение следует отдавать

• гидрокортизону

**Ситуационная задача №179**

На приеме у терапевта пациентка 35 лет.

**Жалобы** На общую слабость, сонливость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, повышенную ломкость ногтей, выпадение волос, «заеды» в уголках рта.

**Анамнез заболевания** Социальный анамнез благополучный. Гинекологический анамнез: менархе в 14 лет, цикл-25 дней. Менструальные кровотечения безболезненные обильные, продолжительностью до 5-7 дней. Профессия - учитель младших классов. Хронические заболевания: отрицает. Курит редко, не более 1-2 сигарет в неделю. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергию на медикаментозные препараты отрицает.

**Анамнез жизни** Пациентка считала себя абсолютно здоровой до 34 летнего возраста, раньше к врачам не обращалась. Около 3 месяцев тому назад отметила повышенную ломкость ногтей и выпадение волос, а также появление трещинок в углах рта. На протяжении последнего месяца беспокоят слабость, постоянное желание спать и быстрая утомляемость при физических нагрузках, которое отметила после перенесенной вирусной инфекции.

**Объективный статус** Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°С. Сознание ясное. Интеллект сохранен. Телосложение нормостеническое, рост 175 см, вес 63 кг (ИМТ = 20,6 кг/м²). Отёков нет, периферические л/у не увеличены. Кожные покровы бледные, сухие, «заеды» в уголках рта. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=84 в минуту, АД=110/65 ММ РТ. СТ. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

1. Лабораторное обследование пациентки должно включать проведение (выберите 2)

* общего анализа крови
* исследования крови на железо сыворотки, общую железосвязывающую способность и ферритин

2. Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение (выберите 3)

* рентгенографии органов грудной клетки
* УЗИ органов брюшной полости
* ЭГДС

3. На основании проведённого обследования пациентке может быть поставлен диагноз: Анемия

• железодефицитная

4. Наиболее вероятной причиной развития анемии у пациентки является

• большой объем менструальных кровопотерь

5. Лечение железодефицитной анемии у данной пациентки должно включать назначение

• препаратов железа

6. При лечении пациентки препаратами железа следует отдать предпочтение

• пероральному

7. Показанием для перехода на парентеральный путь введения препаратов железа у пациентки может стать

• плохая переносимость пероральных форм

8. Проявлением плохой переносимости пероральных форм

препаратов железа является появление на фоне терапии

• болей в животе

9. Оценку эффективности проводимой пациентке ферротерапии на 7-10 сутки от начала лечения можно провести по

• ретикулоцитарному кризу

10.Достоверную оценку роста концентрации Нв на фоне лечения пациентке следует проводить не ранее чем через недели от начала лечения

• 4 нед.

11. Исчезновение клинической симптоматики у пациентки на фоне терапии ожидается через недель

• 4-6

12. Длительность терапии препаратами железа при лечении железодефицитной анемии определяется

• выраженностью железодефицита

**Ситуационная задача №180**

Ситуация: Мужчина 39 лет обратился к врачу терапевту.

Жалобы: На боли в эпигастральной области, возникающие натощак и в ночное время суток, а также периодически появляющиеся тошноту, рвоту и изжогу.

Анамнез заболевания: Наличие хронических заболеваний отрицает. Вредные привычки: курение по 1 пачке в день в течение 20 лет, алкоголь принимает периодически. Профессиональная деятельность: системный администратор. Характер питания: нерегулярное. Аллергологический анамнез: аллергических реакций не было. Наследственный анамнез: без особенностей.

Анамнез жизни: Из анамнеза известно, что вышеописанные жалобы беспокоят на протяжении 3 месяцев, ухудшение состояния в течение последней недели, когда отметил усиление тошноты вплоть до рвоты, учащение болей в эпигастральной области. Не обследовался, лечился самостоятельно (ситуационно омепразол с положительным эффектом).

Объективный статус: Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен, адекватен. Телосложение нормостеническое: рост 178 см, вес 72кг. Кожные покровы бледные, теплые. Отеков нет. Границы легких не изменены. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя - III межреберье, левая – по левой - среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 72 уд/мин. Пульсация напериферических артериях нижних конечностей сохранена. Живот обычной формы и размера, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

**1.В лабораторное обследование пациента необходимо включить (выберите 2)**

**-**клинический анализ крови

**-**анализ кала на скрытую кровь

**2. В рамках инструментальной диагностики пациенту показано проведение**

**-**эзофагогастродуоденоскопии

**3. По результатам проведённого обследования пациенту может быть сформулирован диагноз**

-Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с Helicobacter pylori, обострение. Впервые выявленная язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Киста печени

**5. В качестве терапии первой линии для данного пациента следует выбрать**

**-**стандартную тройную терапию

**6. В связи с этим пациенту показано рекомендовать**

**-** квадритерапию с висмута трикалия дицитратом

**7. Одномоментное болюсное назначение пациенту 80 мг эзомепразола с последующей непрерывной внутривенной инфузией препарата в течение 72 часов в данной клинической ситуации**

- не показано, т.к. ни в анамнезе, ни в результате обследования у пациента не было выявлено признаков язвенного кровотечения

**8. Квадритерапия, назначенная пациенту, должна проводиться на протяжении дней**

**-**10

**9. По окончании эрадикационной терапии (через10 дней) для выбора дальнейшей тактики ведения пациента оценить эффективность проведённого лечения нужно**

-только клинически

**10. По окончанию курса лечения пациента перестали беспокоить боли в эпигастрии, тошнота, рвота и изжога. Дальнейшая тактика ведения пациента должна состоять в назначении**

**-** омепразола общейпродолжительностью до 4-6 недель

**11. Оценить эффективность проведённой эрадикации посредством дыхательного**

**уреазного теста пациенту можно будет через\_\_\_\_\_ после окончания антибактериальных препаратов, препаратов висмута или ингибиторов протонной помпы**

**-**4 недели

**12. При лечении язвенной болезни при выборе ИПП предпочтение следует отдавать**

-рабепразолу

**Ситуационная задача №181**

Ситуация: Больная М. 50 лет обратилась к участковому врачу-терапевту.

Жалобы: На тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, рвоту, приносящую облегчение, однократно черный стул.

Анамнез заболевания: Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась. Вредные привычки, аллергические реакции не отмечает.

Анамнез жизни: На протяжении нескольких лет отмечает «хруст» в коленных суставах, больше слева. В течение последнего года в левом суставе почти постоянно беспокоят боли, усиливающиеся при движении, по поводу которых последние 3 недели принимает нимесулид по 3 таблетки в день с целью лечения болевого суставного синдрома (остеоартрит левого коленного сустава). Около недели тому назад пациентку стали беспокоить тошнота иногда вплоть до рвоты, боли в эпигастрии, возникающие по ночам и усиливающиеся «на голодный желудок», которые уменьшаются после приема пищи или молока. Три дня тому назад пациентка отмечала однократное появление «черного стула».

Объективный статус: Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом, Влажный. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=88 в минуту, АД=110/70 мм рт. ст. Живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шоффара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Периферические л/у не увеличены. Отёков нет.

**1. В план обследования пациентки необходимо включить (выберите 2)**

-общий анализ крови

-анализ кала на скрытую кровь

**2. Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение (выберите 2)**

-эзофагогастродуоденоскопии

-быстрого уреазного теста при выявлении язвы

**3. На основании проведенного обследования пациентке может быть диагностирована**

-Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, H. pylory ассоциированная в стадии обострения

**4. Клиническая картина позволяет предположить наличие у пациентки осложненного \_\_\_\_\_\_\_\_ течения язвенной болезни 12 перстной кишки**

**-**кровотечением

**5. Язвенные дефекты, обнаруженные у пациентки при проведении гастроскопии следует классифицировать как**

-средние

**6. Тактика ведения пациентки в отношении НПВС должна заключаться в**

-отмене этой группы препаратов

**7. Принимая во внимание состоявшееся 3 суток тому назад желудочное кровотечение, пациентке внутривенное введение эзомепразола**

- не показано

**8. В качестве эрадикационной терапии пациентке показано назначение**

**-**стандартной тройной терапии

**9. Принимая во внимание осложненное течение и множественный характер язвенных дефектов, а также значимый их размер, повышение эффективности эрадикационной терапии у данной пациентки может быть достигнуто за счет увеличения продолжительности лечения до \_\_\_\_\_ суток**

-14

**10. Контроль эрадикации после проведённого больной лечения показано проводить не ранее чем через \_\_\_\_\_\_ недели (недель)**

-4-6

**11. Рекомендации пациентам с язвенной болезнью, добавлять в пищу отварную рыбу, мясо, яйца и молочные продукты, основаны на их**

**-**выраженных буферных свойствах

**12. При рефрактерном течении язвенной болезни показано проведение исследования уровня \_\_\_\_\_\_ сыворотки**

- гастрина

**Ситуационная задача №182**

Ситуация: Больной Б., 58 лет, обратился к врачу поликлиники.

Жалобы: Жалобы на сильные боли в верхней половине живота на протяжении 2 недель, возникающие преимущественно в ночное время суток, уменьшающиеся после приема пищи; тошноту.

Анамнез заболевания: Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: не

отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции.

Анамнез жизни: Из истории болезни известно, что впервые вышеописанные боли в эпигастрии появились 16 лет тому назад и в дальнейшем появлялись практически ежегодно. Восемь лет тому назад во время очередного приступа обратился в поликлинику по месту жительства, где при ЭГДС была выявлена язва желудка, назначена противоязвенная терапия, однако, из-за сохранения болей и отсутствия положительной динамики по данным контрольной ЭГДС через 2 недели был госпитализирован в стационар, где лечился еще 1,5 месяца и позже был выписан на амбулаторное долечивание с язвенным дефектом небольших размеров. В дальнейшем при обострении неоднократно госпитализировался, течение болезни отличалось торпидностью.

Объективный статус: Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. положение активное. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы смуглые, чистые, эластичные. Тургор кожи удовлетворительный. Периферические л/у не увеличены, отёков нет. Телосложение правильное. ИМТ – 23,7 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные 72 уд/мин АД=120/70 мм рт. ст. Язык розовый чистый, умеренно влажный, Симметричный, принимает активное участие в акте дыхания. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной и околопупочной областях. Симптом Шеткина Блюмберга отрицательный. Расхождения прямых мышц живота в области белой линии живота нет. При глубокой скользящей методической пальпации пальпируются сигмовидная, слепая, поперечно-ободочная, восходящий, нисходящий отделы толстого кишечника в виде цилиндра диаметром до 2 см эластичной консистенции, безболезненны.

**1. В план лабораторного обследования пациента нужно включить проведение (выберите 2)**

-клинического анализа крови Обоснование

- исследования кала на скрытую кровь

**2. Инструментальное обследование пациента с подозрением на неосложненное обострение язвенной болезни должно включать выполнение**

-эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС)

**3. Принимая во внимание результаты проведенного обследования пациенту может быть сформулирован диагноз**

- Язвенная болезнь желудка, HP ассоциированная. Стадия обострения

**4. В случае появления клинического подозрения на развитие у пациента перфорации ему показано проведение**

-КТ органов брюшной полости

**5. Пациенту следует рекомендовать употребление в пищу**

- отварного мяса

**6. Во время проводимого лечения больному противопоказано употребление**

-пищевых приправ

**7. Пациенту была назначена стандартная трёхкомпонентная схема эрадикационной терапии, которая состоит из**

**-**ИПП+амоксициллин+кларитромицин

**8. Продолжительность трёхкомпонентной эрадикационной терапии у данного пациента должна составлять день (дней)**

-14

**9. Учитывая сохранение болевого синдрома на 7-е сутки терапии, рефрактерное течение язвенной болезни в анамнезе, частые обострения и существенный размер язвенного дефекта (1,5-2 см), через неделю от начала лечения целесообразно рассмотреть вопрос о**

-добавлении H<sub>2</sub>блокаторов

**10. В дальнейшем в качестве вторичной профилактики обострения язвенной болезни пациенту следует рекомендовать избегать приема препаратов из группы**

-НПВП обоснование

**11. Базисная терапия первой линии идиопатической язвенной болезни основана на назначении препарата из группы**

**-**ингибиторов протонной помпы

**12. При рефрактерном течении язвенной болезни и возникновении подозрения на наличие у пациента синдрома Исследования сыворотке крови в Золлингера-Эллисона, ему показано проведение**

-Гастрина

**Ситуационная задача №183**

Ситуация: Женщина 48 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы: На интенсивные боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, ограничение подвижности в них, утреннюю скованность около 3х часов, общую слабость, быструю утомляемость, головокружение

Анамнез заболевания: Работает учителем в школе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1-2 раз в год, умеренной тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Гинекологический анамнез: месячные - с 14 лет, регулярные, длительностью 4-5 дней. Беременностей - 3, роды — 2, медицинский аборт – 1. - Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет Перенесенные заболевания: травм, операций, переливаний крови не было.

Анамнез жизни: Считает себя больной около двух лет, когда впервые появились данные

жалобы. Ранее обращалась к участковому терапевту по месту жительства. Выполнена рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии в области проксимальных межфаланговых суставов. Пациентке было назначено лечение (нимесулид 100 мг 2 раза в сутки внутрь 5 дней, физиотерапия), которое принесло кратковременное улучшение. В последующем, боли в суставах усиливались, в связи чем был начат прием мелоксикама. Ухудшение состояния около месяца: появилась общая слабость, усилились боли в суставах.

Объективный статус Состояние относительноудовлетворительное. Нормостенического телосложения, нормального питания. Рост 172 см, вес 60 кг (ИМТ 20,2 кг/м²). Кожные покровы, видимые слизистые бледные. Костно-мышечная система: деформация и дефигурация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных и дистальных межфаланговых суставов; кожа над суставами отёчная, температура кожных покровов над поражёнными суставами повышена

Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива. В легких везикулярное дыхание проводится над всеми отделами, перкуторный звук легочный. Границы относительной сердечной тупости не расширены.Аускультативно тоны удовлетворительной звучности, ритмичные, выслушивается мягкий систолический дующий шум на верхушке сердца. ЧСС 74 уд/мин, ритм правильный. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный; печень, селезенка, не пальпируются, перкуторно их границы в пределах нормы. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**1. Лабораторные методы, необходимые для постановки диагноза у данной пациентки включают (выберите 3)**

**-**общий анализ крови Обоснование

-ревматоидный фактор (IgM РФ) и антитела к цитруллинированным белкам (АЦБ) обоснование

-определение С-реактивного белка . (СРБ)

**2. Инструментальная диагностика, направленная для верификации основного диагноза, показанная пациентке должна включать**

- рентгенографию кистей рук Обоснование

**3. На основании проведённого обследования основной диагноз пациентке может быть сформулирован как**

- Серопозитивный ревматоидный артрит, поздняя стадия, эрозивный (рентгенологическая стадия III), АЦЦП положительный, умеренной активности (DAS-28=4,8)

**4. В связи с выявленной у пациентки анемией в план обследования необходимо Включить исследование**

- биохимических показателей обмена железа Обоснование

**5. После получения проведенного дообследования (результаты представлены) пациентке может быть диагностирована**

- анемия хронического заболевания

**6. Принимая во внимание выявленную у пациентки анемию в сочетании с общей слабостью и быстрой утомляемостью, лечение больной должно начинаться с адекватного лечения**

-основного заболевания Обоснование

**7. Учитывая умеренную активность ревматоидного артрита (DAS-28=4,8) в качестве стартовой базисной монотерапии назначение ПНВП**

**-**не показано Обоснование

**8. Стартовую базисную противовоспалительную терапию заболевания у данной пациентки целесообразно начать с назначения**

-метотрексата

**9. Начальная доза метотрексата^ для пациентки с ревматоидном артритом должна составлять мг/нед**

-10-15

**10. Оценку эффективности на фоне терапии метотрексаом у данной пациентки следует проводить каждые**

-1-3 месяца Обоснование

**11. При неэффективности базовой терапии для устранения анемии пациентке может быть назначена терапия**

-эритропоэтином и в/в препаратами железа обоснование

**12. Ключевая роль в патогенезе анемии хронического заболевания, по современным представлениям, принадлежит**

- гепцидину

**Ситуационная задача №184**

Ситуация: Пациент Л. 65 лет госпитализирован в стационар.

Жалобы: боли в горле при глотании, осиплость голоса; сильный кашель, сопровождающийся

болями в груди; ночную потливость, общую слабость, повышение температуры тела до 37,9°, головную боль, наиболее

выраженную в теменной области; периодически возникающие боли в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания: Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, правосторонняя нижнедолевая пневмония в возрасте 29 лет. Стаж курения 22 года по пачке .сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает. Работает сторожем на складе пищевых продуктов. Аллергические реакции отрицает.

Семейный анамнез не отягощен.

Анамнез жизни: Считает себя больным в течение 3-х недель, когда после работы почувствовал сильную слабость, температура тела составила 38,7°С. Продолжал работать. Через два дня появился кашель со скудной вязкой мокротой слизистого характера. В течение нескольких дней кашель приобрел упорный, мучительный характер, в связи с чем обратился в поликлинику по месту жительства, был выставлен диагноз ОРЗ и назначено лечение: ингавирин 1 капсула (90 мг) 1 раз в сутки, полоскание горла раствором фурациллина, ингаляции лазолвана 3 раза в день. Лечение соблюдал в полном объеме, однако, в связи с отсутствием улучшения состояния в течение недели, обратился за консультацией к врачу-терапевту в частной клинике, где была проведена рентгенография органов грудной клетки и назначена терапия амоксиклавом 875/125 мг 2 раза в день. На фоне терапии отмечалось постепенное ухудшение самочувствия в течение недели в виде появления одышки при физической нагрузке, нарастания общей слабости, потливости, болей в мышцах и суставах, упорного кашля с выделением вязкой мокроты слизистого характера. Тоспитализирован для лечения в стационар по месту жительства.

Объективный статус: Состояние средней степени тяжести. В сознании, контактен, адекватен. Телосложение нормостеническое. Рост 179 см. Вес 80 кг. ИМТ 24,97 кг/м². Кожные покровы обычной окраски.

Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. Слева в области нижнего угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД: 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя III межреберье, левая - на 1 см к нутри от левой среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы не выслушиваются. ЧСС 89 уд/мин. АД 120/70 мм рт. ст. -Пульсация на периферических артериях нижних сохранена, симметрична. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

**1. Лабораторное обследование пациента должно включать проведение (выберите 4)**

-общего анализа крови обоснование

-биохимического анализа крови

-определение уровня С-реактивного • белка

-бактериоскопии и культурального . исследования мокроты обоснование

**2. Инструментальные методы обследования пациента должны включать проведение (выберите 3)**

-обзорной рентгенографии органов грудной клетки

-пульсоксиметрии

-электрокардиографии

**3. Принимая во внимание клиническую картину заболевания, подозрительную на наличие пневмонии и отсутствие очевидной очаговой инфильтрации при рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, в план обследования пациента необходимо включить проведение**

- компьютерной томографии органов грудной полости Обоснование

**4. На основании проведенного обследования пациенту может быть сформулирован диагноз**

-Внебольничная левосторонняя пневмония Обоснование

**5. Течение основного заболевания у данного пациента осложнилось развитием**

**-**дыхательной недостаточности Обоснование

**6. Тяжесть респираторных нарушений, развившихся у пациента, соответствует степени дыхательной недостаточности**

-1

**7. Степень тяжести течения пневмонии у данного пациента следует оценивать в Соответствии со шкалой**

-CRB-65 Обоснование

**8. В соответствии со шкалой CRB-65 тяжесть состояния пациента может быть оценена в балл (балла)**

- 1

**9. Учитывая неэффективность предварительной антибактериальной терапии амоксиклавом, и возможностью наличия атипичного возбудителя внебольничной пневмонии пациенту показано назначение антибактериального препарата из группы**

**-** макролидов

**10. Оценить эффективность проводимой пациенту антибактериальной терапии макролидом можно будет через часа (часов)**

-48-72 Обоснование

**11. Об эффективности проводимой пациенту антибактериальной терапии через 48-72 часа можно будет судить по**

-снижению температуры тела

**12. Показанием для отмены антибактериальной химиотерапии у пациента будет ЯВЛЯТЬСЯ**

-стойкое снижение t тела <37,2°С в течение не менее 48 ч обоснование

**Ситуационная задача №185**

Ситуация: Пациентка Л. 33 года госпитализирована в стационар.

Жалобы: На кашель с мокротой желто-белого цвета, усиливающийся к вечеру и в ночные часы, повышение температуры до 38,5ºС, общую слабость, ночную ПОТЛИВОСТЬ, боли в груди, возникающие при кашле.

Анамнез заболевания: Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, гепатит А в возрасте 10 лет. Стаж курения 18 лет по 11 сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций не было. Семейный анамнез не отягощен

Анамнез жизни: Считает себя больной в течение 10 дней, когда после переохлаждения появилась заложенность в груди, эпизодический кашель, повысилась температура тела до 38,0ºС. На второй День болезни обратилась в

поликлинику по месту жительства, где была выполнена рентгенография органов грудной клетки, по результатам которой патологии не обнаружено. В анализе крови: гемоглобин 131 г/л; эритроциты 4,88×1012/л; лейкоциты 12,2×109/л; лимфоциты 25%; моноциты 9,1%; тромбоциты 180х109/л. Была назначена терапия: амоксиклав 1000 мг х 2 р/д, имудон таблетки для рассасывания, капсулы бифидобактерии лонгум + энтерококкус фэциум, лоратадин таблетки, ацетилцистеин таблетки. Рекомендовано проведение компьютерной томографии органов грудной клетки. Терапию принимала в течение недели, однако на фоне лечения сохранялось повышение температуры тела в вечернее время до 38,5 С, кашель с мокротой желтоватого цвета, усиливающийся в ночное время, появились боли в грудной клетке при кашле. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб вызвала бригаду скорой медицинской помощи, была госпитализирована в стационар по месту жительства.

Объективный статус: Состояние при поступлении средней степени тяжести. Температура тела 37,8°С. В сознании, контактна, адекватна. Телосложение нормостеническое. Рост 165 см. Вес 54 кг. ИМТ 19,54 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. В прикорневых и нижних отделах слева выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые влажные хрипы. Справа хрипы не выслушиваются. ЧДД 24 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя

III межреберье, левая на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая по правому краю - грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы не выслушиваются. ЧСС 85 уд/мин. АД 100/70 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях нижних сохранена, симметрична. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

**1. Для постановки диагноза из лабораторных исследований необходимо выполнить (выберите 3)**

**-**биохимический анализ крови

-анализ крови с определением С реактивного белка

-бактериоскопию и культуральное исследование мокроты

**2. Из инструментальных исследований в данном случае показаны (выберите 3)**

**-**мультиспиральная компьютерная • томография органов грудной полости

-пульсоксиметрия

-электрокардиография

**3. Предположительным диагнозом является**

-Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония Обоснование

**4. Осложнением основного заболевания, имеющегося у пациентки, является**

- дыхательная недостаточность 1 степени Обоснование

**5. Для оценки тяжести течения пневмонии следует использовать шкалы**

-PORT, CRB-65 Обоснование

**6. У пациентки 1 балл по шкале CRB-65, что соответствует степени тяжести пневмонии**

-средней

**7. Учитывая степень тяжести пневмонии, целесообразно начать антибиотикотерапию с введения**

**-**парентерального обоснование

**8. Ключевым антибактериальным препаратом для лечения в данном случае является**

-цефтриаксон

**9. При принятии решения о реводе на пероральный прием антибактериальных препаратов целесообразно использовать критерии, одним из которых является**

-частота дыхания < 24/мин (пороговое значение)

**10. При решении вопроса об отмене антибактериальной терапии рекомендуется руководствоваться критериями достаточности антибактериальной терапии, одним из которых является стойкое снижение температуры тела <37,2°С в течение не менее часов**

-48 Обоснование

**11. Респираторная поддержка показана всем пациентам с внебольничной пневмонией при при дыхании атмосферным PaO2(пороговое значение в мм рт. ст.) или SpO2 (пороговое значение в %)воздухом**

- <55; < 88 Обоснование

**12. С целью противоэпидемических мероприятий медицинская организация, выявившая больного внебольничной пневмонией, обязана**

- передать экстренное извещение об инфекционном заболевании (форма 058/у) обоснование

**Ситуационная задача №186**

Ситуация: В терапевтическое отделение поступила больная Г. 65 лет.

Жалобы: на эпизоды учащенного аритмичного сердцебиения • на подъемы АД до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания: иные хронические заболевания отрицает не курит, алкоголем не злоупотребляет

профессиональных вредностей не имела, аллергических реакций не было.

Анамнез жизни: Длительный анамнез гипертонической болезни с подъемами АД до 160/100-110 мм рт. ст., адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст. Инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения в анамнезе отрицает.

Со слов, пациентка длительно отмечает короткие приступы аритмичного сердцебиения при физической нагрузке,

сопровождающихся пульсирующей головной болью, чувством жара, потливостью, одышкой, чувством «кома в горле», купирующиеся самостоятельно. С того же времени принимает бета блокаторы. Год назад

госпитализирована с персистирующей формой фибрилляции предсердий, ритм восстановлен при проведении электрической кардиоверсии. Через неделю возобновление пароксизмов, кардиологом была назначена терапия аллапинином в дозе 75 мг/сут в течение месяца. На фоне антиаритмической терапии сохранение приступов фибрилляции предсердий, в связи с чем препарат был отменен. На многочисленных ЭКГ во время пароксизмов регистрируется неправильный ритм, f-волны, ЭОС горизонтальная с ЧСС 75-100 уд/мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Последний пароксизм возник вчера после физической нагрузки (работа в саду), сопровождался одышкой, потливостью, головной болью, купировался самостоятельно. В связи с сохранением жалоб на аритмичное сердцебиение пациентка госпитализирована в терапевтическое отделение.

Объективный статус: Общее состояние: средней тяжести, что обусловлено вышеуказанными жалобами. Сознание: ясное. Рост 168 см. Масса тела 68 кг. ИМТ 24 кг/м². Температура тела 36,7°С. Кожные покровы: обычной окраски, влажности. Периферические отеки: нет. Лимфоузлы не увеличены.

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, аритмичные, соотношение тонов не изменено с ЧСС 105 в минуту. Шумы сердца: не выслушиваются. Пульс: 95 в минуту. Артериальное давление справа: 145/75, артериальное давление слева: 150/70 мм рт. ст. Осмотр живота: незначительно увеличен в размерах за счет подкожно жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание: не нарушено.

**1. Из лабораторных исследований пациентке целесообразно выполнить (выберите 3)**

**-** определение уровней ТТГ, Т4 (своб.)

-биохимический анализ крови

-общий анализ крови

**2. Из инструментальных исследований пациентке целесообразно выполнить (выберите 3)**

-электрокардиографию

-суточное мониторирование ЭКГ

- эхокардиографию

**3. Предварительным клиническим диагнозом является**

**-**Фибрилляция предсердий

**4. У пациентки \_\_\_\_\_\_\_\_ фибрилляция предсердий**

-пароксизмальная

**5. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий рекомендовано использовать шкалу**

-CHA2DS2-VASC

**6. С целью профилактики инсульта и системных тромбоэмболий данной пациентке предпочтительно назначение**

-антикоагулянтов

**7. Пороговое значение в баллах для назначения антикоагулянтной терапии у женщин является риск по шкале CHA2DS2VASC**

- >3

**8. С целью исключения наличия тромба в левом предсердии и его ушке перед назначением кардиоверсии пациентке показано проведение**

-чреспищеводной эхокардиографии

**9. С целью профилактики рецидивов фибрилляции предсердий пациентке показано назначение**

-пропафенона

**10. В случае неэффективности антиаритмической терапии у данной пациентки возможно проведение**

-катетерной аблации устьев легочных вен

**11. Целевые значения МНО для больных с неклапанной фибрилляцией предсердий, получающих монотерапию варфарином, - это**

- 2,0-3,0

**12. Терапию пероральными антикоагулянтами у больных фибрилляцией предсердий рекомендовано продолжать после кардиоверсии**

-в течение как минимум 4 недель

**Ситуационная задача №187**

Ситуация: в терапевтическое отделение поступил больной Г. 60 лет.

Жалобы: На боли за грудиной давящего характера с иррадиацией в левую руку, возникающие при ходьбе на дистанцию менее 20 метров и в покое в ночное время, кратковременные, купирующиеся самостоятельно в покое или после приёма нитроглицерина в течение минут.

Анамнез заболевания: иные хронические заболевания отрицает длительный стаж курения, алкоголем. не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имеет, аллергические реакции отрицает

Анамнез жизни: На протяжении многих лет отмечает повышение АД максимально до 210/120 мм рт. ст. без субъективных ощущений, адаптирован к 130/90 мм рт. ст., АД не контролировал, регулярно медикаментозной терапии не получал. Пять лет назад без предшествующего коронарного анамнеза перенес инфаркт миокарда передней

локализации без образования зубца Q.В стационаре по месту жительства проведена эндоваскулярная реваскуляризация, выписан на двойной антиагрегантной терапии. На фоне антиангинальной, антигипертензивной терапии состояние пациента оставалось стабильным. Настоящее ухудшение в течение 1 месяца в виде возобновления болей за грудиной давящего характера, возникающие при ходьбе на дистанцию менее 20 метров и в покое в ночное время, кратковременные, купирующиеся самостоятельно в покое или после приёма нитроглицерина в течение 2 минут.

Объективный статус: Общее состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Рост: 165 см. Вес: 86 кг. ИМТ: 31 кг/м². Температура тела: 36,5 градусов. Кожные покровы и видимые слизистые: чистые, нормальной окраски и влажности. Периферические отеки: нет. Аускультация легких: Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. Хрипы не выслушиваются. ЧДД: 16. Аускультация сердца: Тоны сердца: ритмичные. ЧСС: 68 в минуту. I тон: ослаблен над верхушкой. II тон: акцент II тона над аортой. Дополнительные тоны: нет. Шумы сердца: нет. Шум трения перикарда: нет. Пульс: 68 в минуту. Пульс на лучевых артериях наполнение: удовлетворительное. Артериальное давление: 130/90 мм рт. СТ. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено.

**1. Из лабораторных исследований пациенту целесообразно выполнить (выберите 3)**

-определение уровня сердечного тропонина T или I

-биохимический анализ крови

-общий анализ крови

**2. Из инструментальных исследований пациенту целесообразно выполнить (выберите 3)**

**-**электрокардиографию

- эхокардиографию

- коронароангиографию

**3. Основным клиническим диагнозом в данном случае является**

-Нестабильная стенокардия

**4. Для стратификации риска неблагоприятного исхода у больных с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST рекомендовано использовать шкалу**

-GRACE

**5. Для ангинозных болей при ишемии миокарда характерны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, наличие связи с физической нагрузкой и,**

**как правило, купирование приемом нитроглицерина**

**-**чувство сжатия, давления или тяжести за грудиной обоснование

**6. Для облегчения симптомов, связанных с ишемией миокарда, рекомендовано применение**

-нитратов

**7. Препаратом выбора для купирования болевого синдрома, связанного с ишемией миокарда, сохраняющегося на фоне применения короткодействующих органических нитратов и бета-адреноблокаторов, является**

-морфин

**8. У пациентов с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST при ФВ ЛЖ <40% рекомендовано начать и продолжать неопределенно долго прием**

-ингибиторов АПФ

**9. Пациенту с острым коронарным синдром без подъема сегMeHTa ST при планируемом ЧКВ рекомендуется прием клопидогрела в нагрузочной дозе \_\_\_\_\_\_\_ мг**

**-** 600

**10. У больных с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ с низким риском кровотечений рекомендовано продолжать двойную антитромботическую терапию**

-в течение 12 месяцев

**11. У всех больных с острым рекомендовано назначение коронарным синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ, вне**

**зависимости от исходного уровня холестерина,**

-статинов

**12. В программу кардиореабилитации для данного пациента обязательно следует включить врача**

- диетолога

**Ситуационная задача №188**

Ситуация: Пациентка 31 год на приеме у терапевта.

Жалобы: Периодические головные боли в затылочной области, купирующиеся самостоятельно.

Анамнез заболевания: Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания. Хронические заболевания отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Анамнез жизни: У пациентки вторая беременность, 22 неделя. Во время первой беременности была гестационная артериальная гипертония (максимальное АД 165/100 мм рт. ст.). АД нормализовалось через 20 дней после родов.

В женской консультации наблюдается не систематически, артериальное давление во время настоящей беременности не измеряла. Уточнить время начала появления головных болей не смогла. Давление до беременности не измеряла. Три дня назад в женской консультации выполнены обследования: ОАК: эритроциты 4,0\*1012/л, Нь 118 г/л,

ЦП 0,82, тромбоциты 220\*109/л, ретикулоциты 6%, лейкоциты 7,2\*109/ л, нейтрофилы палочкоядерные 6%, нейтрофилы сегментоядерные 60%, эозинофилы 2%, базофилы 0%, лимфоциты 30%, моноциты 2%, СОЭ 8 мм/ч.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1010 г/л, реакция мочи 5,6, белок отсутствует, эритроциты 0, лейкоциты 2 в поле зрения; кетоновые тела, билирубин, глюкоза, бактерии, грибы, кристаллы, слизь, оксалаты отсутствуют.

Показатели биохимического анализа крови: белок общий 68 г/л, билирубин общий 14,2 мкмоль/л, АСТ 1842 Ед/л, АЛТ 2642 Ед/л, мочевина 5,0 ммоль/л,мочевая кислота 0,32 ммоль/л, креатинин 52 мкмоль/л, глюкоза плазмы натощак 4,6 ммоль/л, холестерин общий 3,5 ммоль/л, СКФ 112 мл/мин.

Объективный статус: Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые, нормальной влажности. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные АД 160/95 мм рт. ст. ЧСС 82 в минуту.Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено, стул регулярный. ИМТ до беременности = 26,5 кг/м²

**1. В перечень необходимых в данном случае инструментальных методов исследований входят (выберите 4)**

-электрокардиография

-трансторакальная эхокардиография

-суточное мониторирование артериального давления

-дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

**2. Пациентке показана консультация**

-офтальмолога

**3. Предполагаемым основным Диагнозом является**

- Гестационная артериальная гипертензия

**4. По данным офисного измерения АД максимальные значения составили 150/90 мм рт. ст., по СМАД 159/95 мм рт. СТ., у пациентки имеется артериальная гипертензия \_\_\_\_\_\_ степени**

-умеренной

**5. С целью своевременного предупреждения преэклампсии «золотым» стандартом для диагностики протеинурии является количественное определение белка в суточной порции мочи. Клинически значимой протеинурией во время беременности считают наличие белка \_\_\_\_\_\_ г/л в суточной пробе (24 ч)**

-0,3

**6. В качестве немедикаментозных методов лечения пациентке следует рекомендовать**

-диету с ограничением жидкости

**7. Назначение антигипертензивной терапии пациентке показано при уровне АД => \_\_\_\_\_\_ММ РТ. СТ. В отсутствии поражения органов мишеней (пороговое значение)**

- 140/90

**8. Одним из препаратов первой линии для лечения артериальной гипертензии во время беременности является**

-метилдопа

**9. Лечение гестационной артериальной гипертензии на данном этапе пациентке следует проводить**

**-**в акушерском стационаре

**10. СПУСТЯ 12 недель после родов в качестве немедикаментозных методов лечения артериальной гипертензии и дальнейшей профилактики сердечно сосудистых заболеваний пациентке в первую очередь следует рекомендовать**

**-**снижение массы тела

**11. Рекомендованным препаратом выбора для плановой терапии среди бета-АБ у беременных с артериальной гипертензией является**

**-**метопролола сукцинат

**12. В послеродовом периоде у женщин с артериальной гипертензией наблюдают тенденцию к повышению АД, которое достигает максимальных величин на \_\_\_\_\_\_ день после родов**

-5