**Задача 1**

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на: одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое, эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение, тяжесть в правом подреберье, отеки голеней и стоп, слабость, повышенную утомляемость, уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Работал токарем. С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил. Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°С. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на верхушке выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Результаты лабораторных методов обследования

 Клинический анализ крови - без патологии.

  Биохимический анализ крови

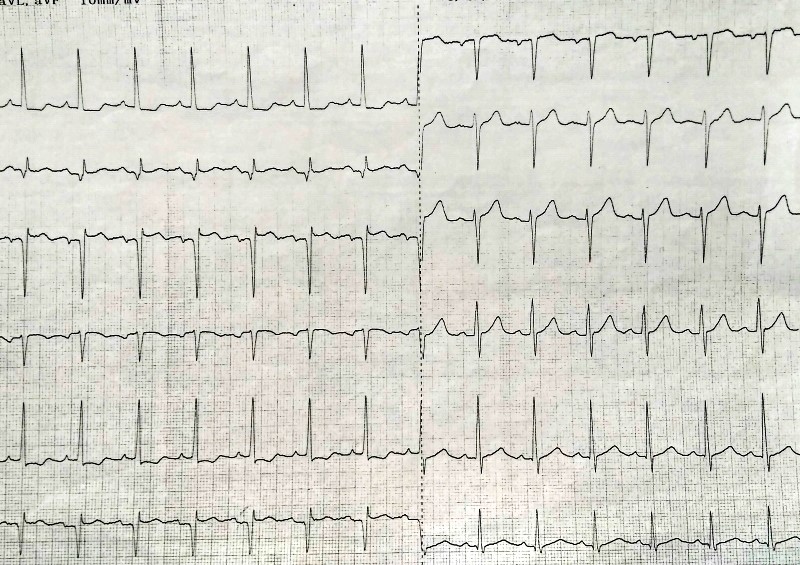
с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина показатели в пределах нормы, Холестерин общий 6,2 ммоль/л

Результаты инструментальных методов обследования

Эхо-КГ

Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены. Раскрытие их полное. Полость левого желудочка расширена в диастолу до 6,8 см (норма 4,9-5,5 см). Фракция выброса ЛЖ – 35% (норма 50-70%). Толщина задней стенки – 1,0 см, межжелудочковой перегородки – 1,4 см. Отмечаются зоны акинезии в области задне-нижних и задне-базальных сегментов.

ЭКГ в покое



Вопросы:

1. Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. Сочетанное: Бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжелого персистирующего течения, обострение. Пневмосклероз. Эмфизема легких. Астматический статус 1 ст.

ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.

Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхитический фенотип, средней степени тяжести (II cтадия), обострение. Хронический бронхит, ассоциированный с табакокурением, обострение. Хроническое легочное сердце II ФК. Дыхательная недостаточность III ст. Вторичные тракционные бронхоэктазы. Внебольничная очаговая полисегментарная пневмония в нижней доле левого легкого.

Первичная дилатационная кардиомиопатия. Относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Легочная гипертензия. Желудочковая экстрасистолия 2 ФК по Лауну. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, IIБ ст., IV ФК NYHA. Гипостатическая очаговая пневмония в нижних долях обоих легких.

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

* общий анализ мокроты
* определение титра противострептококковых антител
* общий анализ мочи
* биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля
* клинический анализ крови
* определение уровня С-реактивного протеина и ревматоидного фактора

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

* ЭКГ в покое
* Эхо-КГ
* бодиплетизмография
* УЗДГ глубоких вен нижних конечностей
* экскреторная урография

4. С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя

альдостерона

мочевой кислоты

мозговоого натрийуретического пептида (МНУП)

 гликозилированного гемоглобина

5. Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больному показано проведение

* теста 6-минутной ходьбы
* ортостатической пробы
* спирометрии в пробе с бронходилататором
* радиоизотопной вентрикулографии в пробе с нитроглицерином

6. Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

* непрямые антикоагулянты
* сердечные гликозиды
* бета-адреноблокаторы
* ингибиторы АПФ

 7. Диетические рекомендации для данного больного должны включать

* увеличение доли белков животного происхождения (красное мясо, печень)
* ограничение потребления соли и жидкости
* ограничение легкоусваиваемых углеводов
* увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

8. Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов

* блокаторов ангиотензиновых рецепторов, непрямых антикоагулянтов, пролонгированных нитратов
* бета-адреноблокаторов, диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов
* бета-адреноблокаторов, статинов, двух препаратов с антитромбоцитарной активностью
* бета-адреномиметиков, ингаляционных глюкокортикостероидов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов

9. Противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

тяжелая декомпенсация ХСН

* фибрилляция предсердий
* полная блокада левой ножки пучка Гиса
* артериальная гипертензия

10. Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

* петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)
* ингибиторов карбоангидразы (диакарб)
* тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)
* тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)

11. У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

* гликозилированного гемоглобина
* СКФ
* частоты сердечных сокращений
* продолжительности коррегированного QT

12. Данному больному с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ и синусовой тахикардией с целью уменьшения ЧСС противопоказано назначение

эналаприла и лизиноприла

метопролола и бисопролола

верапамила и дилтиазема

 верошпирона и эплеренон

**Задача 2**

Мужчина 52 лет обратился в поликлинику к участковому врачу-терапевту для прохождения планового осмотра (диспансеризации). Жалобы: Не предъявляет. Анамнез заболевания

* В течение 3 лет при самоконтроле регистрируются значения АД 145-150/90-95 мм рт. ст.
* Антигипертензивную терапию не получает.
* Наличие сахарного диабета, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт, отрицает.

Анамнез жизни

* Отец умер в 55 лет от инфаркта миокарда.
* Курит по 20 сигарет в день на протяжение 30 лет.
* Работает механиком, толерантность к физической нагрузке высокая.
* Аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 176 см (ИМТ=25,2 кг/м2). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 72 уд./мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

Результаты лабораторных методов обследования

 Клинический анализ крови

| Наименование | Нормы | Результат |
| --- | --- | --- |
| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 | 155,0 |
| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 45,7 |
| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 7,90 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 5,66 |
| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 310,0 |
| Ср.объем эритроцита | 80,0 - 97,0 | 95,3 |
| Ср.содерж.гемоглобина | 28,0 - 35,0 | 33,2 |
| Ср.конц.гемоглобина | 330 - 360 | 341 |
| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 49,1 |
| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 53,9 |
| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 4,1 |
| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0,6 |
| СОЭ | 2 - 20 | 30 |

 Биохимический анализ крови

| Наименование | Нормы | Результат |
| --- | --- | --- |
| Общий белок | 64 - 82 | 69 |
| Альбумин | 32 - 48 | 37 |
| Мочевина | 2,5 - 6,4 | 5,8 |
| Креатинин | 53 - 115 | 82 |
| Холестерин общий | 1,4 - 5,7 | 6,7 |
| Триглицериды | 0,20 - 1,70 | 1,5 |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 10,3 |
| Билирубин прямой | 0,0 - 3,0 | 2,0 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 40,0 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 19,0 |
| Мочевая кислота | 155,0 - 428,0 | 390,2 |
| Глюкоза | 3,89 – 5,83 | 5,5 |

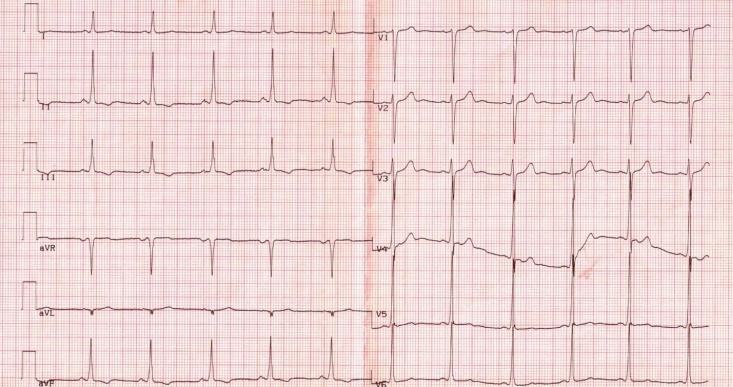
 Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Прозрачность | прозрачная |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Относительная плотность (удельный вес) | 1,015 |
| Реакция мочи | pH 6 |
| Белок | 0,033 ммоль/л |
| Глюкоза | отсутствуют |
| Кетоновые тела | отсутствуют |
| Эритроциты | 0-1 в поле зрения |
| Лейкоциты | 0-3 в поле зрения |
| Эпителий | 3-5 в поле зрения |
| Цилиндры | отсутствуют |
| Бактерии | отсутствуют |
| Кристаллы | отсутствуют |
| Слизь | отсутствуют |
| Оксалаты | отсутствуют |

 Расчет скорости клубочковой фильтрации Скорость клубочковой фильтрации (по CKD-EPI)=94,3 мл/мин

Результаты инструментальных методов обследования

 Электрокардиограмма



 ЭхоКГ

Полость левого желудочка: Dd 4,7см (N до 5,5см); KDO 53 мл, KSO 23 мл (по Simpson). Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,3 см (N до 1см); ЗС 1,2 см (N до 1,1 см). Индекс массы миокарда левого желудочка – 141 г/м2 (норма для мужчин <125 г/м2). Глобальная сократительная функция ЛЖ не нарушена: ФВ 57% (N до 55%). Нарушение локальной сократимости нет. Клапаны не изменены.

 УЗДГ сонных артерий

Во внутренней сонной артерии визуализируются 2 атеросклеротические бляшки: 30% и 40%

Вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить данному больному?

* Артериальная гипертензия 3 степени
* Артериальная гипертензия 2 степени
* Артериальная гипертензия 1 степени
* Вегетососудистая дистония

2. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 4)

* клинический анализ крови
* коагулограмма
* биохимический анализ крови
* пероральный глюкозотолерантный тест
* расчет скорости клубочковой фильтрации
* общий анализ мочи

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

* суточное мониторирование ЭКГ
* электрокардиограмма
* УЗДГ сонных артерий
* определение скорости пульсовой волны в аорте
* эхокардиография
* мультиспиральная КТ почечных артерий

4. Так как у пациента в биохимическом анализе крови выявлено, что уровень общего холестерина составляет 6,7 ммоль/л., то следующим этапом исследования является

* липидный спектр (определение ЛНП, ЛВП, триглицеридов)
* дообследование не показано, ситуация вполне ясна
* генетическое тестирование для определения мутации гена рецепторов ЛНП
* определение ЛП(а)

5.Оценкой величины сердечно-сосудистого риска у этого пациента является шкала

* GRACE
* CHA2DS2VASc
* SCORE
* NIHSS

6. Вариантом, отражающим правильный подход к началу антигипертензивной терапии является

* модификация образа жизни и динамическое наблюдение в течение 3 месяцев, при неэффективности – начало антигипертензивной терапии
* модификация образа жизни и динамическое наблюдение в течение 3 недель, при неэффективности – начало антигипертензивной терапии
* модификация образа жизни, необходимости в медикаментозном лечении нет
* немедленное ее начало

7. К антигипертензивным препаратам первой линии можно отнести

* блокаторы рецепторов к ангиотензину, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, петлевые диуретики
* ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики
* бета-блокаторы, ингибиторы If-каналов, антагонисты минералокортикоидных рецепторов
* агонисты имидазолиновых рецепторов, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину

8. Дополнительными препаратами, которые должны быть назначены пациенту, являются

* омега-3-полининасыщенные жирные кислоты
* антикоагулянты
* статины
* аспирин

9. Мероприятия по изменению образа жизни у этого пациента включают:

* снижение массы тела, ограничение физической нагрузки, низкобелковая диета
* отказ от курения, ограничение потребления жидкости, увеличение физической активности, использование силовых тренажеров
* отказ от курения, потребление йодированной соли, ограничение физической нагрузки
* отказ от курения, нормализация массы тела, увеличение физической активности, ограничение потребления соли

10. Гиполипидемическую терапию статинами для этого пациента необходимо проводить:

* пожизненно, целевое значение ЛНП <3,0 ммоль/л
* до снижения уровня общего холестерина до 4,0 ммоль/л, затем препараты отменяют
* курсами по 2 месяца с 4-месячными перерывами
* пожизненно, целевое значение ЛНП <1,5 ммоль/л

11.Терапию антигипертензивными препаратами для этого пациента необходимо проводить:

* пожизненно, целевое АД <150/90 мм рт.ст
* пожизненно, целевое АД <140/90 мм рт.ст.
* пожизненно, целевое АД <130/80 мм рт.ст.
* до достижения целевого АД (140/90 мм рт. ст.), затем дозировки препаратов можно уменьшать вплоть до полной отмены

12. К возможным методам лечения никотиновой зависимости у этого пациента относятся

* обучение (школы здоровья), никотиновая заместительная терапия, блокаторы никотиновых рецепторов:
* переход на электронные сигареты
* применение специальных методов лечения никотиновой зависимости нецелесообразно
* кодирование, антидепрессанты, транквилизаторы

**ЗАДАЧА 3**

Женщина 23 лет обратилась к врачу - терапевту участковому. Жалобы: на интенсивные боли в области верхушки сердца колющего или давящего характера, продолжительные, не связанные с физической нагрузкой, перебои в работе сердца,одышку при повседневных нагрузках, повышение температуры до 37,4ºС - 37,6ºС. Анамнез заболевания. Несколько дней назад переболела вирусной инфекцией, продолжала ходить на работу во время болезни. Вчера вечером поднялась температура до 37,6ºС, появились боли в области верхушки сердца колющего характера, слабость, одышка. Сегодня утром обратилась к участковому терапевту. Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Занималась любительским спортом в течение 3 лет. Работает медицинской сестрой в поликлинике. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: отрицает

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

Результаты лабораторных методов обследования

 Развернутый клинический анализ крови и определение уровня С-реактивного белка

| Показатель | Результат | Нормы |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты (RBC), \*1012/л | 4,1 | м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5 |
| Гемоглобин (Hb), г/л | 122 | м. 130-160 ж. 120-140 |
| Цветовой показатель (ЦП) | 0,9 | 0,8-1,0 |
| Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл) | 84 | 80-100 |
| Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг) | 28 | 26-34 |
| Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл | 36,3 | 32,0-37.0 |
| Ретикулоциты (RET), ‰ | 4 | 2-12 |
| Тромбоциты (PLT), \*109/л | 210 | 180-320 |
| Лейкоциты (WBC), \*109/л | 9,6 | 4-9 |
| Лейкоцитарная формула | | |
| Нейтрофилы палочкоядерные, % | 4 | 1-6 |
| Нейтрофилы сегментоядерные, % | 69 | 47-72 |
| Эозинофилы, % | 1 | 1-5 |
| Базофилы, % |  | 0-1 |
| Лимфоциты, % | 24 | 19-37 |
| Моноциты, % | 2 | 2-10 |
| СОЭ, мм/ч | 27 | м. 2-10 ж. 2-15 |
| СРБ | 9 | 0,5-1,8 |

 Определение уровня натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида (BNP) и/или N-терминального фрагмента натриуретического пропептида мозгового (NT-proBNP)

| Наименование | Нормы | Результат |
| --- | --- | --- |
| BNP | <100 нг/мл | 107,0 |
| NT-proBNP | <300 нг/мл | 129,0 |

 Определение тропонина T и тропонина I

| Наименование | Нормы | Результат |
| --- | --- | --- |
| Тропонин Т | < 0,1 нг/мл | 6 |
| Тропонин I | < 0,1 нг/мл | 11 |

Результаты инструментальных методов обследования

 Электрокардиография

На ЭКГ – Ритм синусовый. ЧСС 92уд./мин., нормальное положение ЭОС. Частые одиночные и парные желудочковые экстрасистолы

 Рентгенография органов грудной клетки

Талия сердца сглажена, левая граница сердца расширена

Эхокардиография. Заключение: Снижение сократимости миокарда. Расширение полости левого желудочка. Относительная недостаточность митрального клапана.

ВОПРОСЫ:

1. Какой основной диагноз?

* Острая ревматическая лихорадка, недостаточность аортального клапана
* Острый миокардит неуточненной этиологии. Частая желудочковая экстрасистолия. НК IIА, ФК II
* Инфекционный эндокардит, тромбоэмболический синдром
* Дилятационная кардиомиопатия

2. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются (выберите 3)

* коагулограмма, протромбиновый индекс
* развернутый клинический анализ крови и определение уровня С-реактивного белка
* бактериологическое исследование крови на стерильность
* определение тропонина T и тропонина I
* определение уровня натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида (BNP) и/или N-терминального фрагмента натриуретического пропептида мозгового (NT-proBNP)
* биохимический анализ крови, электролиты крови

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

* электрокардиография
* эхокардиография
* радионуклидная диагностика
* коронарография
* УЗИ почек и надпочечников

рентгенография органов грудной клетки

4. Дифференциальный диагноз следует проводить с

* системной красной волчанкой, синдромом гипермобильности соединительной ткани, синдромом Марфана
* дилятационной кардиомиопатией, инфарктом миокарда, ревматическими и неревматическими поражениями клапанов сердца
* гипертрофической кардиомиопатией, инфекционным эндокардитом, внебольничной пневмонией
* гипертиреозом, острым бронхитом вирусного генеза, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы

5. Тактика ведения пациента предусматривает

* стационарное лечение в профильном отделении
* лечение в общетерапевтическом отделении
* лечение в стационаре на дому
* лечение в дневном стационаре

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

* возникновения угрожающих жизни больной состояний (тяжелые нарушения ритма и проводимости)
* хронической болезни почек
* анемии хронического заболевания
* постинфекционной астении

7. Неспецифическая терапия миокардита включает назначение

* препаратов группы интерферона, антибиотиков широкого спектра действия, витаминов, антиоксидантов, цитопротекторов
* дигоксина при острой сердечной недостаточности, вызванной вирусным миокардитом, метаболических препаратов, антагонистов кальция, селективного блокатора ф-каналов
* антикоагулянтов непрямого действия, ацетилсалициловой кислоты, при их непереносимости – клопидогреля, цитопротекторов, антибиотиков широкого спектра действия, гемодеза, раствора Рингера
* бета-адреноблокаторов, диуретиков, ИАПФ или БРА, ингибиторов минералокортикоидных рецепторов

8.  Специфическая терапия миокардита включает назначение

* свежезамороженной плазмы, баротерапии, пульс-терапии глюкокортикостероидами
* преднизиолона и азотиаприна до исключения активной инфекции в миокарде с использованием эндомиокардиальной биопсии и ПЦР-диагностики
* иммуносупрессивных, иммуномодулирующих или противовоспалительных препаратов, а также иммуноабсорбционной терапии
* иммуноглобулинов, витаминов, препаратов дезинтоксикационного действия

9. Данной пациентке показано лечение

* специфическое метотрексатом, при его непереносимости – азотиаприном, преднизолоном, препаратами калия, проведение реабилитационных мероприятий
* неспецифическое препаратом из группы нестероидных противовоспалительных средств в высшей терапевтической дозе, ингибитором протонной помпы или блокатором Н2 гистаминовых рецепторов
* неспецифическое и реабилитация после стабилизации состояния
* специфическое преднизолоном и азотиаприном, проведение реабилитационных мероприятий до исчезновения воспалительных инфильтратов по результатам эндомиокардиальной биопсии

10. Реабилитация пациентки заключается в

* рекомендации прекращения занятий любительским спортом на 3 месяца от начала миокардита
* возобновление занятий любительским спортом только после проведения симптом-лимитированного стресс-теста (велоэргометрия, тредмил-тест, тест 6-минутной ходьбы)
* рекомендации прекращения занятий любительским спортом по крайней мере на 6 месяцев от начала миокардита
* возобновлении занятий любительским спортом при отсутствии клинически значимых нарушений ритма сердца при холтеровском мониторировании ЭКГ

11. Кратность ежегодного посещения врача-терапевта после перенесенного миокардита в рамках диспансерного наблюдения составляет \_\_\_\_\_\_ раз /раза

* 3-4
* 2-3
* 5-6
* 1-2

12. В большинстве случаев эндомиокардиальная биопсия не доступна и для постановки диагноза следует ориентироваться на

* обзорную рентгенограмму органов грудной клетки и тредмил-тест
* сцинтиграфию миокарда и тест чрезпищеводной стимуляции предсердий
* суточное мониторирование артериального давления и велоэргометию
* ЭКГ, 24-часовое мониторирование ЭКГ и ЭХОКГ

**ЗАДАЧА 4**

Больной К. 18 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие натощак, ночью, отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи или альмагеля.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последнего года, когда впервые отметил появление «голодных» болей в эпигастрии, по совету друга стал использовать альмагель. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последних 2 недель, когда стал отмечать усиление болей, появление их ночью.

Анамнез жизни

Пациент учиться в техническом ВУЗе, пищу принимает нерегулярно. 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает. Известно, что у отца больного диагностирована язвенная болезнь желудка.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера и Щеткина - Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Результаты лабораторного метода обследования

 Общий анализ крови

| Показатель | Результат | Нормы |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты (RBC), \*1012/л | 4,4 | м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5 |
| Гемоглобин (Hb), г/л | 129 | м. 130-160 ж. 120-140 |
| Гематокрит (HCT),% | 41 | м. 39-49 ж. 35-45 |
| Цветовой показатель (ЦП) | 0,94 | 0,8-1,0 |
| Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл) | 84 | 80-100 |
| Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг) | 28 | 26-34 |
| Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл | 36,3 | 32,0-37.0 |
| Ретикулоциты (RET), ‰ | 10 | 2-12 |
| Тромбоциты (PLT), \*109/л | 220 | 180-320 |
| Лейкоциты (WBC), \*109/л | 6,7 | 4-9 |
| Лейкоцитарная формула | | |
| Нейтрофилы палочкоядерные, % | 1 | 1-6 |
| Нейтрофилы сегментоядерные, % | 65 | 47-72 |
| Эозинофилы, % | 8 | 1-5 |
| Базофилы, % |  | 0-1 |
| Лимфоциты, % | 24 | 19-37 |
| Моноциты, % | 2 | 2-10 |
| СОЭ, мм/ч | 12 | м. 2-10 ж. 2-15 |

Результат инструментального метода обследования

  Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода умеренно гиперемирована в нижней трети. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка умеренно гиперемирована. Луковица 12-перстной кишки рубцово - воспалительно деформирована, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект с перифокальным валом инфильтрации, диаметром 8 мм, залуковичные отделы гиперемированы.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить данному больному?

* Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
* Хронический атрофический гастрит
* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
* Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в стадии обострения

2. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

* общий анализ мочи
* общий анализ мокроты
* общий анализ крови
* биохимический анализ крови с определением общего белка, АлТ, АсТ, билирубина, ЩФ

3. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

* УЗИ органов брюшной полости
* рентгенография органов грудной клетки
* эзофагогастродуоденоскопия
* сцинтиграфия печени

4. Осложнением, которое может возникнуть при данном заболевании является

* малигнизация
* кровотечение
* тромбоз воротной вены
* портальная гипертензия

5. К фоновому заболеванию, имеющемуся у пациента, относится хронический

* аутоимунный атрофический гастрит
* холецистит
* панкреатит
* H.pylori– ассоциированный гастрит

6. Наиболее рациональной комбинацией лекартственных препаратов для лечения пациента является

* ингибитор протоновой помпы + метронидазол + кларитромицин
* ингибитор протоновой помпы + кларитромицин + амоксициллин
* ранитидин + препарат висмута + метронидазол
* альмагель + препарат висмута + тетрациклин

7. Продолжительность тройной эрадикационной терапии составляет

* 4-6 недель
* 20 дней
* 8 недель
* 10-14 дней

8. В четырехкомпонентную схему эрадикации Helicobacter pylori входит препарат

* кларитромицин
* амоксициллин
* азитромицин
* висмута трикалия дицитрат

9. В нозологии, относящиеся к кислотозависимым заболеваниям желудка, входит

рефлюкс-гастрит

* язвенная болезнь желудка
* атрофический гастрит
* болезнь Крона

10. Препаратами, вызывающими язвенное поражение слизистой желудка, являются

* диуретики
* антибиотики
* нестероидные противовоспалительные
* статины

11. Для болевого синдрома при язвенной болезни в теле желудка в стадии обострения характерны боли

* «ночные»
* возникающие при физической нагрузке и проходящие в покое
* зависящие от положения тела
* возникающие через 20 минут после еды

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

* отрыжка с запахом «тухлых яиц»
* положительный симптом раздражения брюшины
* исчезновение болей, слабость
* резкое усиление болей в эпигастральной области

**ЗАДАЧА 5**

Больной А. 44 года осматривается врачом-терапевтом участковым в поликлинике

Жалобы

На головную боль в затылочной области, ощущение пульсации в голове, жара, головокружение, снижение работоспособности

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

Объективный статус

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

Результаты лабораторных методов обследования

 Биохимический анализ крови

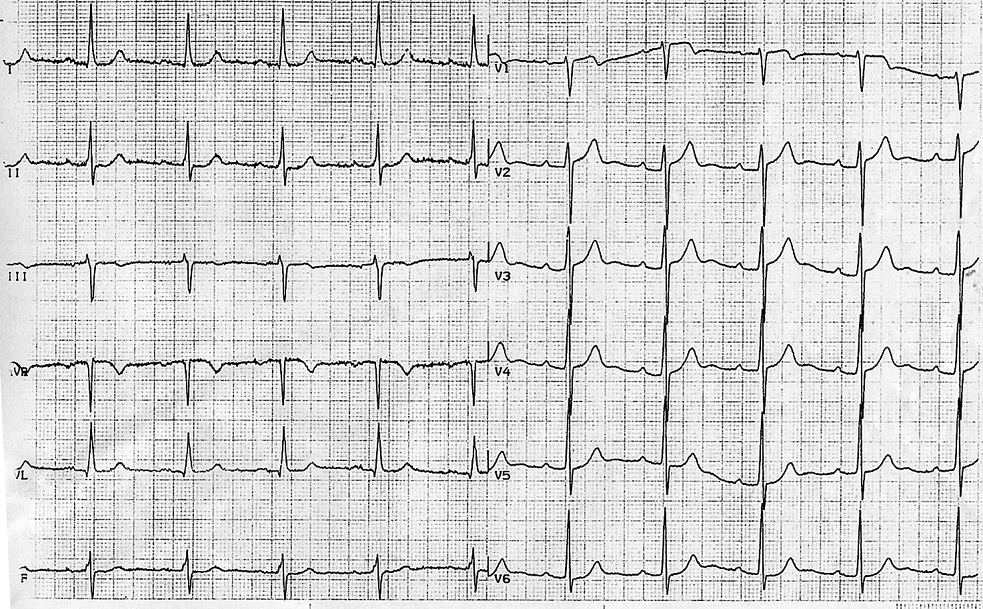
| Наименование | Нормы | Результат |
| --- | --- | --- |
| Общий белок | 6,0-8,0 | 6,8 |
| Глюкоза | 3,3 - 5,5 | 5,2 |
| Креатинин | 60-115 | 98 |
| Мочевина | 2,5-6,7 | 5,4 |
| Общий билирубин | 3-17 | 9,5 |
| АСТ | 3-35 | 24 |
| АЛТ | 3-35 | 25 |
| Натрий | 135-145 | 139 |
| Калий | 3,5-5,0 | 4,0 |
| Общий холестерин | <5,0 | 6,8 |
| КФК | 25-195 | 150 |

 Общий анализ мочи

| Наименование | Нормы | Результат |
| --- | --- | --- |
| Цвет | желтый | желтый |
| Прозрачность | полная | полная |
| Относительная плотность | 1003-1035 | 1015 |
| рН | 5,0-8,0 | 5,8 |
| Белок | отр | 0,104 |
| Глюкоза | отр | отр |
| Кетоновые тела | отр | отр |
| Уробилиноген | отр | отр |
| Лейкоцитарная эстераза | отр | отр |
| Билирубин | отр | отр |
| Эпителийплоский | <3 | Не обнаружен |
| Эпителийпереходный | <1 | Не обнаружен |
| Эпителий почечный | отр | Не обнаружен |
| Лейкоциты | <3 | 0-1 |
| Эритроциты | <2 | Не обнаружен |
| Цилиндры | отр | Не обнаружен |
| Соли | отр | Не обнаружен |
| Бактерии | отр | Не обнаружен |

Результаты инструментальных методов обследования

 ЭКГ в покое в 12 отведениях



Вопросы:

1) Какой диагноз можно поставить данному больному?

* Гипертоническая болезнь II стадия, 3 степень, риск очень высокий
* Гипертоническая болезнь II стадия, 2 степень, риск высокий
* Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск очень высокий
* Гипертоническая болезнь III стадия, 2 степень, риск очень высокий

2) Скрининговым лабораторным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является (выберите 2)

* определение кортизола в крови
* биохимический анализ крови
* общий анализ мочи
* определение уровня катехоламинов в крови
* коагулограмма
* анализ мочи по Зимницкому

3) Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

* ультразвуковое исследование органов брюшной полости
* ультразвуковое исследование органов вен нижних конечностей
* электрокардиография в покое в 12 отведениях
* рентгенография органов грудной клетки

4) К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного относят

* гипертрофию левого желудочка
* сахарный диабет
* ожирение
* стеатоз печени

5) У больного имеется нарушение метаболизма в виде

* сахарного диабета
* ожирения
* гемохроматоза
* подагры

6) Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является

* эхокардиография
* компьютерная томография головного мозга
* экскреторная урография
* перфузионная сцинтиграфия миокарда

7) Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в

* течение первых 6 месяцев наблюдения, с последующим назначением антигипертензивных препаратов
* сочетании с монотерапией антигипертензивными препаратами
* сочетании с назначением фиксированной комбинации двух антигипертензивных препаратов
* сочетании с назначением фиксированной комбинации трех антигипертензивных препаратов

8) Данному больному предпочтительнее назначить

* лизиноприл+ирбесартан
* лизиноприл+ амлодипин
* амлодипин+бисопролол
* лизиноприл+ бисопролол

9) Немедикаментозный подход к лечению данного пациента должен включать

* физиотерапевтическое лечение
* бальнеологическое лечение
* регулярные физические аэробные нагрузки
* аппаратный массаж воротникой зоны

10) Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до уровня \_\_\_\_ мм рт.ст

* <150/90
* 130-139/70-79
* 120-130/70-79
* <120/80

11) Диета для данного пациента должна включать

* ограничение потребления поваренной соли
* употребление минеральной воды
* ограничение потребления продуктов богатых животным белком
* отказ от приема алкоголя

12) Контроль достижения и поддержания целевого уровня артериального давления следует осуществлять посредством

* посещения врача 1 раз в неделю
* госпитализации в стационар 1 раз в 3 месяца
* проведения ежемесячного суточного мониторирования артериального давления
* проведения ежедневного домашнего самоконтроля артериального давления

**ЗАДАЧА 6**

Больная З., 57 лет, юрист, обратилась к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, однократную рвоту, многократный жидкий стул, сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная утка, торт со взбитыми сливками), выраженная диарея, сохраняющаяся до 5 дней, при болях принимала но-шпу, мезим. Отмечает появление диареи при небольшой погрешности в диете, употреблении жирной жареной пищи, пирогов, обострения заболевания бывают 3-4 раза в год. В течение последнего года стала отмечать жажду и сухость во рту, диагностирован сахарный диабет. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после употребления жареной картошки с курицей появились опоясывающие боли в эпигастрии, возникла диарея до 7 раз в сутки, однократно была рвота съеденной пищей.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Вредных привычек нет.  
Семейный анамнез: отец пациентки умер в возрасте 59 лет от меланомы кожи.  
Перенесенные заболевания: в возрасте 46 лет оперирована по поводу желчно-каменной болезни, проведена эндоскопическая холецистэктомия.  
На протяжении последних 7 лет диагностирована гипертоническая болезнь, с максимальными подъемами АД до 162/100 мм.рт.ст. постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больная гиперстенического телосложения, избыточного питания. ИМТ=30,3 кг/м2. Температура тела 36,6°С. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца в норме, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 132/80 мм рт ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Ортнера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9х8х7см. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

Результаты лабораторных методов обследования

 Общий анализ крови

| Показатель | Результат | Нормы |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты (RBC), \*1012/л | 4,2 | м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5 |
| Гемоглобин (Hb), г/л | 138 | м. 130-160 ж. 120-140 |
| Гематокрит (HCT),% | 43 | м.39-49 ж. 35-45 |
| Цветовой показатель (ЦП) | 0,9 | 0,8-1,0 |
| Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл) | 85 | 80-100 |
| Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг) | 29 | 26-34 |
| Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл | 33,3 | 32,0-37.0 |
| Ретикулоциты (RET), ‰ | 1 | 2-12 |
| Тромбоциты (PLT), \*109/л | 270 | 180-320 |
| Лейкоциты (WBC), \*109/л | 5,8 | 4-9 |
| Лейкоцитарная формула | | |
| Нейтрофилы палочкоядерные, % | 1 | 1-6 |
| Нейтрофилы сегментоядерные, % | 63 | 47-72 |
| Эозинофилы, % | 4 | 1-5 |
| Базофилы, % |  | 0-1 |
| Лимфоциты, % | 30 | 19-37 |
| Моноциты, % | 2 | 2-10 |
| СОЭ, мм/ч | 8 | м.2-10 ж. 2-15 |

 Биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина

| Показатель | Результат | Норма |
| --- | --- | --- |
| АлТ | 18 | <45 ЕД/л |
| АсТ | 22 | <35 ЕД/л |
| ЩФ | 208 | 141-460 ЕД/л |
| Билирубин общий | 12,8 | 3,4-20 ммоль/л |
| Амилаза | 140 | 10-124 ЕД/л |
| ГГТП | 32 | 7-24 ЕД/л |
| Глюкоза | 12,7 | 3,5-6,2 ммоль/л |
| Гликированный гемоглобин | 7,5 | <6,5% |

Результаты инструментальных методов обследования

 УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена, паренхима ее однородной эхогенности. Вне- и внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Ductus holedochus – 0,5 см.V.portae 1,0 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа увеличена, диффузно неоднородная, повышенной эхогенности . Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

 МСКТ органов брюшной полости

Выявлены признаки дистрофии поджелудочной железы с ее фиброзными изменениями, наличием кальцинатов и конкрементов. Обнаружена псевдокиста поджелудочной железы.

 Вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить данной больной?

* Хронический панкреатит, в стадии обострения
* Хронический холецистит в стадии обострения
* Первичный билиарный цирроз
* Желчнокаменная болезнь

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

* общий анализ мочи
* анализ крови с определением уровня тропонина I
* общий анализ мокроты
* общий анализ крови
* биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина

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

* сцинтиграфия печени
* функция внешнего дыхания
* МСКТ органов брюшной полости
* УЗИ органов брюшной полости
* рентгенография грудной клетки

4. К возможным осложнениям основного заболевания относится

* гепатолиенальный синдром
* нефротический синдром
* холедохолитиаз
* псевдокисты

5.  Сочетанным заболеванием у пациентки является

феохромоцитома

* гипертоническая болезнь
* первичный гиперальдостеронизм
* ИБС: Стенокардия напряжения II ф.к

6. Пациентке необходимо назначить

* препараты висмута
* желчегонные
* сульфасалазин
* ферментные препараты

7.  Для коррекции гипергликемии больной показано назначение

* инсулина
* сиафора
* метформина
* диабетона

8. Показателем определения компенсации сахарного диабета является

* общий гемоглобин
* гликозилированный гемоглобин
* С-пептид
* кетонурия

9. К выявленным синдромам у пациентки относится

* цитолитический
* портальная гипертензия
* внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
* холестатический
* 10. Наиболее вероятной причиной возникновения гипергликемии у данной пациентки является
* несахарный диабет
* сахарный диабет 1 типа
* панкреатогенный сахарный диабет
* сахарный диабет 2 типа

11. К внепанкреатическим источникам гиперамилаземии и гиперамилазурии относят

* легочную гипертензию
* болезни слюнных желез
* острый коронарный синдром
* печеночную недостаточность

12. Препаратами выбора для лечения гипертонической болезни у данной больной являются

* бета-блокаторы
* антагонисты кальция
* диуретики
* ингибиторы АПФ

**Задача 7**

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

Объективный статус

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

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

| Показатель | Результат | Норма |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты, \*1012/л | 4,28 | м.  4,5-5,0  ж. 3,7-4,7 |
| Гемоглобин, г/л | 138 | м.  132-164  ж. 115-145 |
| ЦП | 0,96 | 0,85-1,05 |
| Ретикулоциты, ‰ | - | 2-12 |
| СОЭ, мм/ч | 7 | м.  2-10  ж.  2-15 |
| Тромбоциты, \*109/л | 250,5 | 180-320 |
| Гематокрит, % | 42,7 | м. 40-48  ж. 36-41 |
| Лейкоциты, \*109/л | 6,98 | 4-9 |
| Лейкоцитарная формула | | |
| Нейтрофилы палочкоядерные, % | 1 | 1-5 |
| Нейтрофилы сегментоядерные, % | 58 | 47-72 |
| Эозинофилы, % | 3 | 1-5 |
| Базофилы, % | 1 | 0-1 |
| Лимфоциты, % | 31 | 20-40 |
| Моноциты, % | 6 | 2-10 |

Гликемия натощак, гликированный гемоглобин

Глюкоза в плазме крови натощак 5,6 ммоль/л. Гликированный гемоглобин (HbA1c) 6,2%.

Креатинин крови

Креатинин 0,98 мг/дл, СКФ по формуле CKD-EPI = 62 мл/мин/1,73 м2.

Липидный спектр

| Показатель | Результат | Ед.измерения | Норма |
| --- | --- | --- | --- |
| Холестерин общий | 6,45 | ммоль/л | (0,00-5,30) |
| Триглицериды | 1,59 | ммоль/л | (0,00-1,70) |
| Холестерин ЛПВП | 1,51 | ммоль/л | (0,90-1,90) |
| Холестерин ЛПОНП | 0,32 | ммоль/л | (0,10-1,00) |
| Холестерин ЛПНП | 4,6 | ммоль/л | (0,00-3,30) |
| Коэффициент атерогенности | 3,27 |  | (2,28-3,02) |

Анализ мочи по Нечипоренко

| Показатель | Результат | Норма |
| --- | --- | --- |
| Лейкоциты (LEU), в 1 мл | 1800 | 0-4000 |
| Эритроциты (BLD), в 1 мл | 320 | 0-1000 |
| Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл | 5 | 0-20 |
| Цилиндры: зернистые, Ед/мл | 5 | 0-20 |
| Цилиндры: восковидные, Ед/мл | 0 | 0-20 |
| Цилиндры: другие, Ед/мл | 0 | 0-20 |

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 77 в минуту, нормальное положение ЭОС, RR 777 мсек., Р 114 мсек., PR 160 мсек., QRS 74 мсек., QT 374 мсек., QTC 425 мсек., отрицательный зубец Т в V1; признаков ишемии, гипертрофии миокарда ЛЖ нет.

Эхокардиография трансторакальная

Полость левого желудочка: Dd 4,6 см (N до 5,5 см); KDO 94 мл; KSО 24 мл (по Simpson). Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,0 см (N до 1 см); ЗС 1,1 см (N д 1,1 см). Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=64% (N от 55%). Нарушение локальной сократимости: нет. Диастолическая функция: снижена, Е/А=0,74. Полость правого желудочка: 1,9 см (N до 2,6 см), толщина свободной стенки ПЖ: 0,3 см (N до 0,5 см), характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 48 мл. Правое предсердие: 40 мл. (По Simpson). Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена: коллабирует после глубокого вдоха более чем на 50%. Кровоток в легочных венах: преобладание систолической фазы наполнения. Митральный клапан: не изменен. Митральная регургитация: нет. Аортальный клапан: не изменен. Аортальная регургитация: нет. Трикуспидальный клапан: не изменен. Трикуспидальная регургитация: нет. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет. Регургитация через клапан: нет. Диаметр ствола легочной артерии: 1,9 см. Диаметр корня аорты: 3,0 см. Стенки аорты уплотнены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет.

Заключение: уплотнение стенок аорты, снижение диастолической функции ЛЖ.

Ультразвуковое исследование сонных артерий

Заключение: толщина КИМ 0,9 мм; эхо-признаки стенозирующего атеросклероза экстракраниальных отделов магистральных артерий шеи: стеноз правой ОСА до 35% по диаметру, меньший диаметр левой ПА.

Рентгенография грудной клетки

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Отмечается небольшое уплотнение интерстиция. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта рентгенологически не изменены. На боковой рентгенограмме в грудном отделе позвоночника определяется умеренно выраженный остеохондроз.

Заключение: патологии не выявлено.

Диагноз

ИБС. Стенокардия напряжения

Вопросы:

Вопрос 1:

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

липидный спектр

анализ мочи по Нечипоренко

тропонин T

креатинин крови

общий анализ крови

гликемия натощак и гликозилированный гемоглобин

Вопрос 2:

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

ЭКГ покоя в 12 отведениях

магнитно-резонансная томография головного мозга

ультразвуковое исследование почек

рентгенография грудной клетки

ультразвуковое исследование сонных артерий

эхокардиография трансторакальная

Вопрос 3:

План дальнейшего обследования и лечения больной строится исходя из полученных первичных данных и

суммы баллов по шкале TIMI

суммы баллов по шкале SCORE

суммы баллов по шкале GRACE

предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

Вопрос 4:

У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 28%. На основании этого следует

направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов

направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные исследования

не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступать к стратификации риска ССО и назначению лечения

направить на коронароангиографию

Вопрос 5:

Пациентке выполнен тредмил-тест. Проба положительная. Какой основной диагноз?

ИБС. Стенокардия напряжения

ИБС. Нестабильная стенокардия

ИБС. Постинфарктный кардиосклероз

ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз

Вопрос 6:

У пациентки \_\_\_\_\_ функциональный класс стенокардии

2

1

3

4

Вопрос 7:

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у

пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению

пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК

пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО

всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО

Вопрос 8:

В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациентке рекомендуется назначить

триметазидин

ивабрадин

мельдоний

бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция

Вопрос 9:

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить

ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

ривароксабан

ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах

курантил

Вопрос 10:

Для профилактики ССО пациентке рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП \_\_\_ ммоль/л

<3,8

<1,0

<2,8

<1,8

Вопрос 11:

Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке следует рекомендовать

избегать переохлаждений

увеличить массу тела

снизить массу тела

выполнять интенсивные физические нагрузки

Вопрос 12:

У пациентки

ожирение 2 ст.

ожирение 3 ст.

ожирение 1 ст.

избыточная масса тела

**ЗАДАЧА 8**

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет.

Жалобы

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

Анамнез заболевания

* Заболевание развилось остро, ночью с появления тошноты, спонтанной многократной рвоты (до 6-ти раз), приносящей кратковременное облегчение, чувства тяжести в эпигастральной области. Спустя 1,5-2 часа от начала заболевания отметила появление жидкого водянистого стула до 10-ти раз.
* Позже почувствовала озноб, слабость, головную боль. Появилась жажда головокружение. Температура тела не превышала 37,5°С.

Анамнез жизни

* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
* Вредные привычки: отрицает.
* Проживает в отдельной квартире с родителями.
* Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, однако в день заболевания встречала подругу на вокзале, там же перекусила вместе ней пирожком с повидлом. В настоящее время у подруги отмечаются схожие симптомы.

Объективный статус

* Температура тела 37,2°С.
* Кожные покровы бледные, сухие. Цианоз носогубного треугольника.
* Голос несколько ослаблен.
* Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Отмечается урчание походу кишечника. Печень и селезенка не увеличены.
* АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.
* Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул жидкий, обильный, без патологических примесей.
* Диурез снижен.
* Судороги мышц кистей, кратковременные.

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии - отрицательный

Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

| Показатель | Результат |
| --- | --- |
| DNA salmonella spp. | отрицательно |
| DNA shigella spp. | отрицательно |
| DNA campylobacter spp. | отрицательно |
| DNA adenovirus | отрицательно |
| RNA rotavirus | отрицательно |
| RNA astrovirus | отрицательно |
| RNA norovirus | отрицательно |

Кислотно-щелочное состояние

| Показатель | Результат | Нормы | Ед. измерения |
| --- | --- | --- | --- |
| pH | 7,35 | 7,350 - 7,450 | относит. величина |
| рО2 | 82,2 | 80,0 - 100,0 | мм рт. ст. |
| рСО2 | 44,0 | 35,0-45,0 | мм рт. ст. |
| Na | 134,6 | 135,0-145,0 | ммоль/л |
| Cl | 101,0 | 98,0-107,0 | ммоль/л |
| Ca | 1,10 | 1,120-1,320 | ммоль/л |
| K | 3,5 | 3,5 – 4,5 | ммоль/л |
| BE | -3 | 0±2 | ммоль/л |

Диагноз

Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

Вопросы:

Вопрос 1:

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3

реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами

копрограмма

исследование кислотно-щелочного состояния

реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с сальмонеллезным диагностикумом

ПЦР- диагностика кала

бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Вопрос 2:

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

Бактериальное пищевое отравление, гастритический вариант

Шигеллез, колитический вариант

Сальмонеллез, гастроэтеритический вариант

Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

Вопрос 3:

У данной больной определяется \_\_\_\_ степень обезвоживания

III

I

IV

II

Вопрос 4:

Дифференциальную диагностику бактериального пищевого отравления следует проводить с

шигеллезом, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом

энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

ботулизмом, паратифом В, амебиазом

сальмонеллезом, эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом

Вопрос 5:

Тяжесть течения бактериального пищевого отравления определяется

генерализацией заболевания

развитием инфекционно-токсического шока

степенью обезвоживания

развитием кишечного кровотечения

Вопрос 6:

Тактика ведения данной больной с бактериальным пищевым отравлением включает

ведение пациентки в дневном стационаре

ведение пациентки в амбулаторных условиях

госпитализацию в мельцеровский бокс

госпитализацию в терапевтическое отделение

Вопрос7:

Лечебная тактика при бактериальных пищевых отравлениях включает назначение

регидратационной терапии, ферментов

специфической детоксикации, пробиотиков

регидратационной терапии, антибиотикотерапии

диеты, антибиотикотерапии

Вопрос 8:

Средством для пероральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

полиионный раствор

глюкозо-поляризующая смесь

физиологический раствор

глюкозо-электролитная смесь

Вопрос 9:

Средством для парентеральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

волемкор

реополиглюкин

трисоль

глюкосолан

Вопрос 10:

Возможным осложнением бактериальных пищевых отравлений является

гиповолемический шок

перфорация кишечника

острая печеночно-почечная недостаточность

кишечное кровотечение

Вопрос 11:

Правилом выписки реконвалесцента после бактериального пищевого отравления являетс

клиническое выздоровление

отрицательный посев крови

отрицательный посев контрольного анализа кала

отрицательный посев желчи

Вопрос 12:

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

2 недели

3 дня

1 неделю

10 дней

**ЗАДАЧА 9**

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

* на отдышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
* слабость, повышенную утомляемость,
* сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально, служил в армии
* Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте
* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет
* Наследственность:отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.
* Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет
* Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м2. Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту.При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

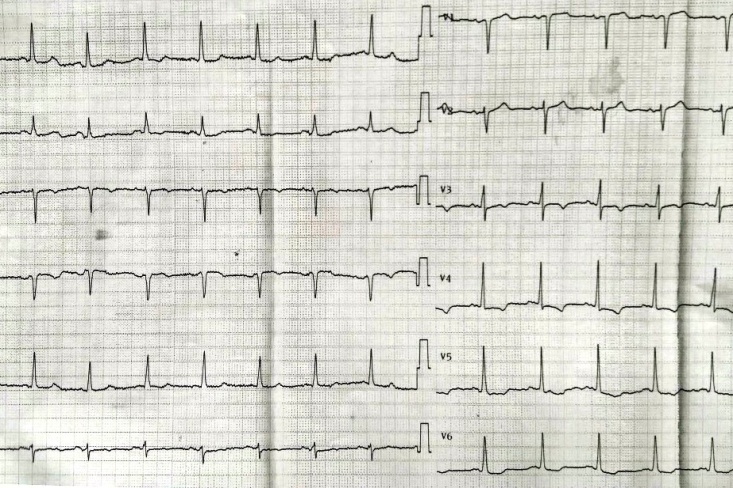
| Наименование | Нормы | Результат |
| --- | --- | --- |
| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 | 146 |
| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 40 |
| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 5,4 |
| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 4,5 |
| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 214 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 54 |
| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 37 |
| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 3 |
| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 1 |
| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 14 |

Биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

| Показатель | Результат | Норма |
| --- | --- | --- |
| Белок общий | 84 | 63-87 г/л |
| Креатинин | 98 | 44-115 мкмоль/л |
| Мочевина | 7,1 | 2,5-8,3 ммоль/л |
| Мочевая кислота | 488 | 120-430 мкмоль/л. |
| Холестерин общий | 5,8 | 3,3-5, 8 ммоль/л |
| Глюкоза | 4,3 | 3,5-6,2 ммоль/л |
| Билирубин общий | 16 | 8,49-20,58 мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 4 | 2,2-5,1 мкмоль/л |
| Триглицериды | 1,9 | менее 1,7 ммоль/л |
| АСТ | 28 | до 42 Ед/л |
| АЛТ | 32 | до 38 Ед/л |
| КФК | 90 | до 180 Ед/л |
| Калий | 4,1 | 3,35-5,35 ммоль/л |
| Натрий | 144 | 130-155 ммоль/л |
| Железо | 26 | 9,0-31 мкмоль/л |
| Ферритин | 94 | 12-128 мкг/л |

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ в покое



Эхо-КГ

Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены. Аорта не расширена. Размер левого предсердия - 3,9 см (норма до 4 см). Размеры левого желудочка: диастолический - 5,8 см (норма 4,9-5,5 см). Фракция выброса 45% (норма >50%).Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки 1,4 см. Зоны нарушений локальной сократимости не выявлены.

Диагноз

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% IIA ст., III ФК NYHA

Вопрос 1:

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

определение уровня гормонов щитовидной железы

клинический анализ крови

биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

общий анализ мочи

общий анализ мокроты

определение газов артериальной крови

Вопрос 2:

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

Эхо-КГ

бодиплетизмография

ЭКГ в покое

УЗИ почек

КТ головного мозга

Вопрос 3:

Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь IIIст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ II А ст., IIIФКNYHA

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% IIA ст., III ФК NYHA

Семейная гипертрофическая кардиомиопатия, симметричная без обструкции выносящего тракта. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, IIА ст., III ФК NYHA

Хроническая обструктивная болезнь легких, смешанный фенотип, средней степени тяжести, обострение. Вторичные тракционные бронхоэктазы без нагноения. Хроническое легочное сердце II ФК

Вопрос 4:

Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка

признаки ГЛЖ

атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда

фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса

Вопрос 5:

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

блокаторы рецепторов ангиотензина II

комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков

кардиоселективные бета-адреноблокаторы

антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Вопрос 6:

Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

пролонгированных бета-адреномиметиков+ ингаляционных глюкокортикостероидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов

блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов

нитратов пролонгированного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии

ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков

Вопрос 7:

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

увеличение потребления говяжьего мяса и печени

ограничение потребления соли и жидкости

ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

Вопрос 8:

Антагностом кальция, включение которого допустимо в схему лечения даного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

короткодействующий нифедипин

верапамил

амлодипин

дилтиазем

Вопрос 9:

Побочный эффект, возникновение которого ожидаемо у данного больного на фоне терапии бета-адреноблокаторами

импотенция

гинекомастия

ощущение «приливов»

синусовая тахикардия

Вопрос 10:

Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

присоединение анемии или интеркуррентных инфекций

физические тренировки

самопроизвольное снижение дозы препаратов или отказ от назначенной терапии

несоблюдение питьевого режима и нарушение диетических рекомендаций

Вопрос 11:

Для объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

CHA2DS2-VASc

SCORE

TIMI

ШОКС

Вопрос 12:

Мероприятие по коррекции образа жизни, соблюдение которого не является обязательным для данного пациента

отказ от курения и злоупотребления алкоголем

отказ от любых видов физической нагрузки

нормализация и контроль массы тела (целевой ИМТ 18-25 кг/м2)

отказ от путешествий, в т.ч. авиаперелетов

**ЗАДАЧА 10**

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

на боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональные переживания, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

Более 10 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. На фоне терапии эналаприлом 10 мг х 2 раза в день и гипотиазидом 25 мг/сут удается достичь АД 140/90 мм рт.ст., но при эмоциональном стрессе, перемене погоды отмечает повышения АД, сопровождающиеся головными болями, головокружениями. Наблюдается в поликлинике, ежегодно проходит обследования: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, консультация гинеколога и терапевта. В течение последних 5 лет на основании гипергликемии до 6,5 ммоль/л был установлен диагноз нарушения толерантности к углеводам, рекомендована диетотерапия и метформин. Около года назад по результатам орального глюкозотолерантного теста был установлен диагноз сахарного диабета, была увеличена доза метформина и добавлены препараты сульфонилмочевины, проводит самоконтроль гликемии.

В течение последних 3-4 месяцев обратила внимание на появление болей в левой руке, которые возникали при физической нагрузке (работа в саду). Первоначально пациентка приняла их за явления остеохондроза и мышечного перенапряжения, однако прием НПВС не оказал эффекта. В последующем боли в левой руке стали возникать при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональных переживаниях, быстро проходили в покое и после приема нитроглицерина, попробовать который ей посоветовала соседка, страдающая ИБС. Пациентка обратилась в поликлинику для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.
* Домохозяйка.
* Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких. Умерли в возрасте более 70 лет.
* Замужем. Имеет 4 взрослых детей.
* В течение длительного времени наблюдается гинекологом по поводу множественной миомы матки.
* Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,2 кг/м2, окружность талии 90 см. Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. Т 36,60С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных методов обследования

 Клинический анализ крови

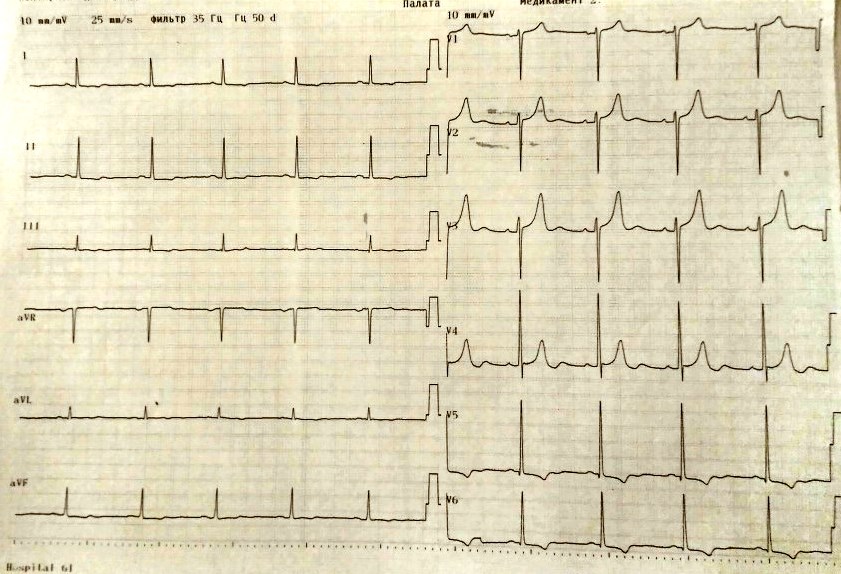
| Наименование | Нормы | Результат |
| --- | --- | --- |
| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 | 118 |
| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 4,1 |
| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 8,4 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 64 |
| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 30 |
| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 4 |
| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 2 |
| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0 |
| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 199 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 14 |

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

| Показатель | Результат | Норма |
| --- | --- | --- |
| Белок общий | 67 | 63-87 г/л |
| Креатинин | 118 | 44-115 мкмоль/л |
| Мочевина | 8,9 | 2,5-8,3 ммоль/л |
| Мочевая кислота | 423 | 120-430 мкмоль/л. |
| Холестерин общий | 7,7 | 3,3-5, 8 ммоль/л |
| ЛПНП | 4,4 | <3 ммоль/л, < 1,8ммоль/л у больных ИБС |
| ЛПВП | 1,0 | >1,2 ммоль/л |
| Глюкоза | 7,3 | 3,5-6,2 ммоль/л |
| Гликозилированный гемоглобин | 6,9 | <6,5% |
| Билирубин общий | 18 | 8,49-20,58 мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 4,4 | 2,2-5,1 мкмоль/л |
| Триглицериды | 3,3 | менее 1,7 ммоль/л |
| АСТ | 39 | до 42 Ед/л |
| АЛТ | 30 | до 38 Ед/л |
| Калий | 4,8 | 3,35-5,35 ммоль/л |
| Натрий | 143 | 130-155 ммоль/л |

Результаты инструментальных методов обследования

 ЭКГ в 12 отведениях



 Эхо-КГ

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки 12 мм, межжелудочковой перегородки 13 мм. Зоны с нарушением локальной сократимости не выявлены. ФВ ЛЖ 55%. Диастолическая дисфункция (нарушение релаксации) ЛЖ.

 УЗИ почек

Почки обычно расположены, нормальных размеров и эхогенности. Чашечно-лоханочная система обеих почек не расширена. Дополнительных образований (кист, конкрементов) не выявлено.

 Диагноз

ИБС: стабильная стенокардия III ФК болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.

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



клинический анализ крови

 Обоснование



определение уровня С-реактивного протеина и ревматоидного фактора



общий анализ мокроты



общий анализ мочи



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

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



Эхо-КГ

 Обоснование



ЭКГ в 12 отведениях

 Обоснование



УЗИ левого плечевого сустава



УЗИ почек



рентгенография шейного отдела позвоночника

 Добавить замечание

Какой предполагаемый основной диагноз?



Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, очень высокого риска. Первичная подагра. Подагрический артрит с преимущественным поражением левого плечевого сустава. Подагрическая почка. Ожирение 1 ст.ХСН IIБcт., III ФК NYHA. ХБП с4



ИБС: стабильная стенокардия III ФК болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.

 Обоснование



Распространенный остеохондроз позвоночника, первичный, медленно прогрессирующий. Грыжи межпозвонковых дисков С4-С7 с вторичным корешковым синдромом. Хроническая дорсопатия, хроническая торакалгия, часто рецидивирующее течение. Остеоартроз левого плечевого сустава, ФН 2 ст.



ХОБЛ, бронхитический фенотип, средней степени тяжести (II стадия), обострение. Хронический бронхит, ассоциированный с табакокурением, обострение. Пневмосклероз. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II ст. Хроническое легочное сердце II ФК. Дыхательная недостаточность III ст. Вторичные тракционные бронхоэктазы. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликзилированного гемоглобина менее 7%. Диабетическая макро- и микроангиопатия.

 Добавить замечание

Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной



фибрилляция предсердий. Гипертрофия правого желудочка



трепетание предсердий с правильным проведением. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса



признаки гипертрофии левого желудочка

 Обоснование



синоатриальная блокада 3 степени. Замещающий АВ-узловой ритм

 Добавить замечание

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются



ингаляционые бета-адреномиметики (сальбутамол)



препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)



ингибиторы АПФ, сожержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)



короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

 Обоснование

 Добавить замечание

Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением



метаболических препаратов (тримеазидин)



заместительной гормональной терапией



ингибитора АПФ

 Обоснование



комплексных поливитаминных препаратов

 Добавить замечание

Диетические рекомендации данной больной должны включать



ограничение потребления соли до 2 г/сути, жидкости до 1200-1500 мл



ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей



ограничение насыщенных жирных кислот

 Обоснование



исключение полиненасыщенных жирных кислот, в том числе из природных источников

 Добавить замечание

Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимичекого анализа крови определением



уровня креатинфосфокиназы и ее МВ-фракции



уровня гликозилированного гемоглобина



уровня печеночных трансаминаз и ГГТП



уровня креатинина и расчетом СКФ

 Обоснование

 Добавить замечание

Побочным эффектом, возникновение которого возможно у данной больной на фоне терапии бета-адреноблокаторами, является



пароксизмы фибрилляции предсердий



брадикардия

 Обоснование



развитие гастропатии и симптоматических язв желудка



покраснение лица, чувство приливов и головная боль

 Добавить замечание

В качестве дополнительного фактора риска неблагоприятного прогноза ИБС у данной больной следует рассматривать



отягощенный семейный анамнез



сахарный диабет

 Обоснование



признаки гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ



сохраненную фракцию выброса левого желудочка

 Добавить замечание

В случае непереносимости бета-блокаторов в качестве антиангинальных препаратов у данной больной могут быть использованы



антагонисты минералокортикоидных рецепторов



антагонисты кальция

 Обоснование



нестероидные противовоспалительные препараты



сердечные гликозиды

 Добавить замечание

**ЗАДАЧА 11**

Мужчина 57 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.   
Жалобы   
на нестабильное артериальное давление (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение полугода, сопровождающееся головными болями.   
Анамнез заболевания   
Из анамнеза известно, что пациент около 6 лет страдает АГ, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому полгода назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст.; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки.   
Анамнез жизни   
• Рос и развивался нормально.   
• Образование высшее.   
• Работает.   
• Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ.   
• Аллергологический анамнез не отягощен.   
• Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.   
Объективный статус   
Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 31,8 кг/м2. Окружность талии – 106 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.   
1. Лабораторные:  
- ОАК;  
- ОАМ:  
- глюкоза;  
- исследование общего холестерина;  
- креатинин крови;  
2. инстументальные:  
Суточное мониторирование АД   
ЭКГ покоя в 12 отведениях   
Эхокардиография трансторакальная   
УЗИ почек   
3.Диагноз: Гипертоническая болезнь;  
4.У пациента \_\_\_\_\_ стадия ГБ   
2   
5.У пациента \_\_\_\_\_\_ АГ   
2 степень   
6.У пациента \_\_\_\_\_ риск развития сердечно-сосудистых осложнений   
высокий   
7.Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить уровень   
микроальбуминурии   
8.У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категория ХБП \_\_\_\_\_\_   
С3а, А2   
9.Больному следует назначить   
комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов   
10.В схему лечения необходимо включить   
блокаторы РААС   
11.Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать   
снизить массу тела   
12.У пациента имеются признаки   
метаболического синдрома

Ситуация 109

Больная 46 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

* тупые боли после еды в верхних отделах живота с иррадиацией в спину
* тошноту по утрам и после еды
* горечь во рту
* снижение аппетита
* метеоризм и кишечное газообразование
* обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 2-3 раза в день.

Анамнез заболевания

Пять лет назад при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости были обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре диаметром от 5 до 18 мм. На рекомендованную холецистэктомию не согласилась. В течение последнего года появились и нарастали указанные жалобы. Из-за ограничений в питании и диареи снизила массу тела на 6 кг.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.
* Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки, соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет.
* Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь.
* Родов 2. Менструальный цикл не изменен.
* Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 24. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным белым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. Множество мелких гемангиом на коже верхних отделов живота. Печень перкуторно – по краю реберной дуги.

Результаты лабораторных методов обследования

 Клинический анализ крови

| Показатели крови | Обнаруженные значения | Пределы нормальных колебаний у женщин |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты, 1012/л | 4,1 | 3,7-4,7 |
| Гемоглобин, г/л | 132 | 115-145 |
| Цветовой показатель | 0,82 | 0,82-1,05 |
| СОЭ, мм/ч | 24 | 2,0-15,0 |
| Тромбоциты, 109/л | 280 | 180-320 |
| Лейкоциты, 109/л | 8,2 | 4,0-8,8 |
| Нейтрофилы палочкоядерные, % | 2 | 1-6 |
| Нейтрофилы сегментоядерные,% | 68 | 45,0-70,0 |
| Эозинофилы, % | - | 0-5 |
| Базофилы, % | - | 0-1 |
| Лимфоциты, % | 23 | 18,0-40,0 |
| Моноциты, % | 7 | 2-9 |

 Биохимический анализ крови

| Показатель крови | Обнаруженное значение | Норматив |
| --- | --- | --- |
| Общий белок, г/л | 62 | 64 – 82 |
| Мочевина, ммоль/л | 5,1 | 2,5 - 6,4 |
| Креатинин, мкмоль/л | 88 | 53 – 115 |
| Холестерин общий, ммоль/л | 6,4 | 1,4 - 5,7 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 19,2 | 3,0 - 17,0 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 2,2 | 0,0 - 3,0 |
| АЛТ, Ед/л | 42,0 | 15,0 - 61,0 |
| АСТ, Ед/л | 36,0 | 15,0 - 37,0 |
| Щелочная фосфатаза, Ед/л | 108,0 | 50,0 - 136,0 |
| Альфа-Амилаза, Ед/л | 110,0 | 25,0 - 115,0 |
| Глюкоза, ммоль/л | 5,0 | 3,89 – 5,83 |

 Копрологическое исследование

| Показатель | Обнаруженное значение | Норматив |
| --- | --- | --- |
| Консистенция | Рыхлая | Плотная |
| Форма | Неоформл | Оформленныйенный |
| Цвет | Коричневый | Коричневый |
| Запах | Каловый | Нерезкий каловый |
| Слизь | Отсутствует | Отсутствует |
| Остатки непереваренной пищи | Незначительное количество | Отсутствуют |
| Реакция на скрытую кровь | Отрицательная | Отрицательная |
| Реакция на стеркобилин | Положительная | Положительная |
| Реакция на билирубин | Отрицательная | Отрицательная |
| Мышечные волокна | 5-6 в препарате | Единичные в препарате |
| Соединительная ткань | Единичные волокна | Отсутствует |
| Жир нейтральный | +++ | Отсутствует |
| Жирные кислоты | ++ | Отсутствуют |
| Растительная клетчатка переваренная | +++ | Единичные в препарате |
| Зерна крахмала | 6-8 в препарате | Отсутствуют |
| Йодофильная флора | Умеренное количество | Единичные в препарате |
| Лейкоциты | 1-2 в препарате | Отсутствуют |
| Эритроциты | Отсутствуют | Отсутствуют |
| Яйца гельминтов | Отсутствуют | Отсутствуют |
| Дрожжевые грибы | + | Отсутствуют |

Результаты инструментальных методов обследования

 Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены.  
Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N).  
Желчный пузырь расположен типично, имеет динамический перегиб в теле, стенки неравномерно утолщены до 3 мм. Содержимое неоднородное за счет мелкодисперсной взвеси. В полости пузыря определяются конкременты, занимающие до трети его объема, диаметр наиболее крупного 15 мм. Общий желчный проток визуализируется на протяжении 2 см, диаметр его 5 мм.   
Эхогенность поджелудочной железы повышена относительно ткани печени. Контуры неровные с размытыми очертаниями. Паренхима железы грубозернистая, неоднородная за счет чередования зон повышенной и пониженной эхогенности. Просвет панкреатческого протока прослеживается, неравномерен без отчетливого расширения.

Заключение: картина соответствует холецистолитиазу, хроническому паренхиматозному панкреатиту.

 Магнитно-резонансная томография брюшной полости

Печень не увеличена. Ее размеры: 122 (вертикальный) × 167 (горизонтальный) мм. Очаговых изменений в паренхиме печени не выявлено. На МР-томограммах и МР-холангиограммах внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Диаметр общего желчного протока в пределах 3 мм. Желчный пузырь умеренно деформирован за счет перегиба в области шейки, не увеличен, в просвете мелкодисперсная взвесь, множественные конкременты диаметром от 6 до 15 мм. Сосудистый рисунок в системах воротной и печеночных вен не изменен, воротная вена не расширена. Ее диаметр в пределах 10 мм. Интрапеченочный сегмент нижней полой вены не сужен. Со стороны поджелудочной железы отмечено неравномерное утолщение капсулы. Паренхима органа уплотнена с зонами фиброза. Дольчатость структуры отчетливо не определяется. Вирсунгов проток проходим, неравномерно расширен, на отдельных участках до 4 мм. Парапанктератическая клетчатка не изменена. Селезенка не увеличена. Ее размеры 126×60×40 мм. Селезеночный индекс 302 (n<420). Структура селезенки гомогенная. Селезеночная вена не расширена. Почки обычной формы и размеров. Размеры левой почки 108×54 мм, размеры правой почки 106×44 мм. Дифференцировка коркового мозгового вещества не нарушена. Очаговых изменений в паренхиме почек не выявлено. Края почек ровные. Полостные системы почек не расширены. Надпочечники обычной формы и размеров. Дополнительных тканевых и жидкостных образований в области надпочечников не выявлено. Брюшная аорта и ее ветви без видимых патологических изменений. Нижняя полая вена без видимых патологических изменений. Гиперплазии абдоминальных лимфоузлов не выявлено. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Патологических изменений сигнала от костной структуры визуализированных позвонков не определяется.

Заключение: Холецистолитиаз. Хронический паренхиматозный панкреатит.

Диагноз

Хронический билиарнозависимый паренхиматозный панкреатит с экзогенной панкреатической недостаточностью, персистирующее течение на фоне желчнокаменной болезни

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

* исследование кала на кишечную группу инфекций
* биохимический анализ крови
* клинический анализ крови
* копрологическое исследование
* определение антигенов H. pylori в кале
* определение скрытой крови в кале

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

* ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
* магнитно-резонансная томография брюшной полости
* манометрия сфинктера Одди
* эзофагогастродуоденоскопия
* обзорная рентгенография брюшной полости

3) Какой диагноз основного заболевания?

* Хронический билиарнозависимый фиброзно-склеротический панкреатит, болевая форма, часто рецидивирующее течение на фоне желчнокаменной болезни
* Хронический билиарнозависимый рецидивирующий фиброзно-склеротический панкреатит с экзогенной панкреатической недостаточностью на фоне желчнокаменной болезни
* Хронический билиарнозависимый паренхиматозный панкреатит с экзогенной панкреатической недостаточностью, персистирующее течение на фоне желчнокаменной болезни
* Хронический билиарнозависимый интерстициально-отечный панкреатит, болевая форма, часто рецидивирующее течение на фоне желчнокаменной болезни

4) Уточнение состояния панкреатобилиарной зоны у пациентки следует начать с

* ультразвукового сканирования органов брюшной полости
* магнитно-резонансной томография органов брюшной полости
* обзорного рентгеновского снимка брюшной полости
* компьютерной томографии органов брюшной полости

5) Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы у больной подтвердит

* копрологическое исследование
* тест Лунда
* определение суточной потери жира с калом
* определение панкреатической эластазы в кале

6) Помимо низкого содержания жиров диетическая терапия при функциональной панкреатической недостаточности предусматривает

* достаточное содержание белков и углеводов
* низкое содержание углеводов, высокое содержание белков
* снижение содержания белков и углеводов
* низкое содержание белков, достаточное содержание углеводов

7) Оптимальная заместительная полиферментная терапия предполагает преимущественное использование препаратов

* в форме суспензии
* в кишечнорастворимых оболочках
* в форме минимикросфер
* в форме минитаблеток

8) Критерием достаточности заместительной полиферментной терапии являются

* нормализация показателей копрограммы
* повышение содержания панкреатической эластазы в кале
* исчезновение полифекалии и диспепсии
* снижение потерь нейтрального жира с калом

9) Для купирования болевых ощущений у пациентки целесообразно назначение комбинации препаратов

* гимекромона и урсодезоксихолевой кислоты
* рабепразола и урсодезоксихолевой кислоты
* гимекромона и рабепразола
* гимекромона и фамотидина

10) Показания к оперативному лечению пациентки определяются

* возможностью осложнений желчнокаменной болезни
* возможностью развития рака поджелудочной железы
* прогрессированием экзокринной панкреатической недостаточности
* формированием эндокринной панкреатической недостаточности

11) Помимо больших размеров конкрементов возможность эффективной литолитической терапии у пациентки ограничена

* принадлежностью к женскому полу, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы
* наличием множественных конкрементов, наличием хронического панкреатита
* наличием множественных конкрементов, сохраненной менструальной функцией
* давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи

12) Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета

* 10-20 тыс. ед. липазы только в основные приемы пищи
* 10-20 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10 тыс. ед. в промежуточный прием
* 25-40 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс. ед. в промежуточный прием
* 40-60 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием