

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

ТЕРАПИЯ

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов для
ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.49 Терапия

Красноярск
2018

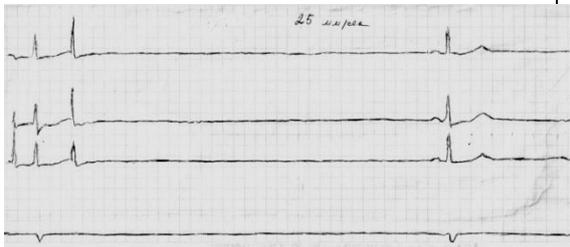
Составители: д-р мед. наук, проф. Е.Г. Грищенко; : д-р мед. наук, проф. В.А. Шестовицкий; канд. мед. наук, доц. В.В. Шабалин; канд. мед. наук, доц. В.В. Кусаев; канд. мед. наук С.В. Ивлиев; канд. мед. наук И.В.Филоненко

Рецензенты: зав. каф. поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. М. М. Петрова; проф. каф. внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. В. А. Шульман

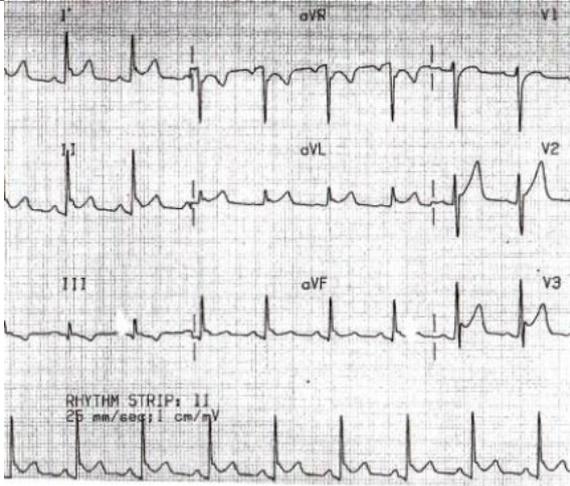
Терапия: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для К21 ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.49 Терапия/ Е.Г. Грищенко, В.А. Шестовицкий, В.В. Шабалин [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 41с.

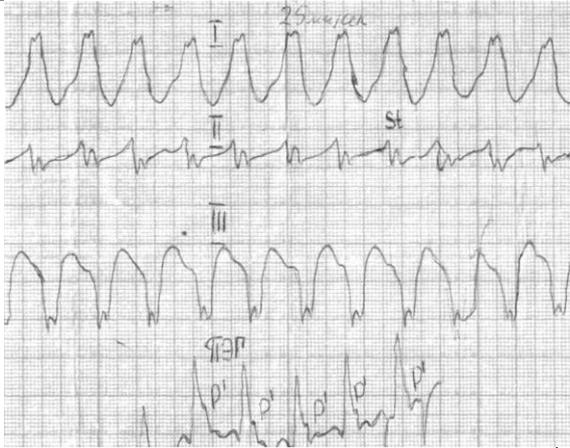
Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.49 Терапия; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности по специальности 31.08.49 Терапия.

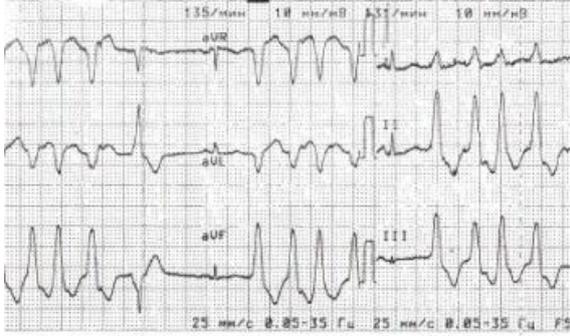
Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от 25 июня 2018г.)

	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	 <p>Мужчина 37 лет жалуется на периодически возникающие головокружения. Приступы головокружений обычно провоцируются интенсивной физической нагрузкой. Пациент в течение длительного времени занимался профессиональным спортом (лёгкой атлетикой). В течение последних 7 лет завершил карьеру профессионального спорта, в настоящее время работает тренером. Физически активен. За неделю до своего обращения в клинику занимался обычным утренним бегом и на короткое время потерял сознание, что и заставило его обратиться к медикам. При объективном осмотре какой либо явной патологии выявить не удалось. Границы сердца в норме, ЧСС – 62 в 1 мин, тоны ясные, ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст. Проведена проба с в/в введением атропина, проба отрицательная. Проведён тест с медикаментозной вегетативной блокадой – тест отрицательный. На ВЭМ – толерантность к физической нагрузке высокая, данных за ишемию миокарда не выявлено, ЧСС учащалась адекватно уровню физической нагрузки. При проведении ЧПСПП и навязывании частого ритма появилось раннее АВ блокирование («точка Венкебаха» при частоте навязывания 100 имп/мин), время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) составило 6600 мсек – рис.</p> <ol style="list-style-type: none"> Ваш диагноз. Что, по Вашему мнению, 	<ol style="list-style-type: none"> Идиопатический СССУ, проявляющийся паузами асистолии с приступами пресинкопе и синкопе. Скрытая АВ блокада. Интенсивные занятия спортом. В данном случае мы имеем дело с синдромом «спортивного сердца», а патология синусового узла связана с его так называемым «перенапряжением». Есть и абсолютные. VVI, так как ЭКС типа ААI в данном случае неприемлем в связи со скрытой АВ блокадой. 1400 мсек. 	ТК ГИА	УК -1, ПК - 5

	<p>явилось причиной развития патологии синусового узла?</p> <p>3. Есть ли показания к имплантации ЭКС?</p> <p>4. Какой тип ЭКС предпочтительнее в данном клиническом случае и почему?</p> <p>5. Укажите верхние границы нормы для ВВФСУ.</p>			
2.	 <p>Женщина 32 лет обратилась в клинику с жалобами на головокружение и эпизод потери сознания. Из анамнеза: головокружения появились год назад, за 3 дня до обращения в клинику был зафиксирован эпизод потери сознания. Три года назад у пациентки при случайном обследовании была выявлена нормосистолическая форма фибрилляции предсердий. В этот период она никаких жалоб не предъявляла и от дальнейшего обследования отказалась. При проведении суточного амбулаторного (холтеровского) ЭКГ – мониторингования была зафиксирована следующая картина – рис.</p> <p>1. Что вы увидели на отрезке ЭКГ при проведении суточного амбулаторного (холтеровского) ЭКГ – мониторингования?</p> <p>2. С чем связаны, по Вашему мнению, эпизоды головокружения и эпизод потери сознания у нашей пациентки?</p> <p>3. Необходимы ли в рассматриваемом клиническом случае абляция АВ соединения и имплантация ЭКС?</p> <p>4. Какой тип ЭКС предпочтительнее в рассматриваемом случае?</p> <p>5. Перечислите какой категории больных необходимо проведение суточного амбулаторного (холтеровского) мониторингования</p>	<p>1. Паузы асистолии для желудочков, протяжённостью 2606 мсек при наличии фибрилляции предсердий, что вызвано проходящей АВ блокадой.</p> <p>2. Эпизоды головокружения и приступ потери сознания связаны с паузой асистолии для желудочков, продолжительностью 2606 мсек.</p> <p>3. Необходима.</p> <p>4. VVI.</p> <p>5. а) Всем больным с учащённым сердцебиением; б) всем больным с обмороками; в) всем больным с ангинозными приступами; г) всем больным с заболеваниями проводящей системы сердца; д) всем больным с подозрением на СССУ; е) всем больным с подозрением на синдром ВПУ; ж) всем больным с подозрением на ИБС</p>	ТК ГИА	УК -1, ПК - 5

<p>3.</p>	 <p>Мужчина в возрасте 23 лет жалуется на боли за грудиной, почти постоянного характера, резко усиливающиеся при изменении положения тела. Боли не снимаются от приёма нитратов под язык, ослабевают лишь после инъекций анальгетиков. Больному снята ЭКГ (см. рис.)</p> <ol style="list-style-type: none"> Ваш диагноз. Укажите ЭКГ – признаки острого перикардита. По каким ЭКГ – признакам можно провести дифференциальный диагноз инфаркта миокарда и острого перикардита? Укажите ЭКГ – признаки тампонады сердца. Перечислите эхокардиоскопические признаки тампонады сердца. 	<ol style="list-style-type: none"> Острый перикардит. Диффузный конкордантный подъём сегмента ST без реципрокной депрессии. При остром перикардите наблюдается диффузный конкордантный подъём сегмента ST, без реципрокной депрессии. При инфаркте миокарда подъём сегмента ST наблюдается в отдельных отведениях с реципрокным снижением в других. Депрессия PR при остром перикардите бывает часто, при инфаркте миокарда – почти никогда. Волна T – отрицательная, с возвращением к исходной при остром перикардите. Становится отрицательной вместе с депрессией сегмента ST при инфаркте миокарда. Аритмии бывают редко при остром перикардите, встречаются часто при инфаркте миокарда. Нарушения внутрисердечной проводимости наблюдаются редко при остром перикардите, часто встречаются при инфаркте миокарда. Уменьшение вольтажа комплексов QRS и зубцов T, депрессия сегмента PR, изменения ST – T, блокада ножек пучка Гиса. Расхождение листков перикарда в диастолу. Используются следующие градации выраженности выпота: маленький (расхождение листков перикарда в диастолу менее 10 мм), умеренный (более или равно 10 мм сзади), большой (более или равно 20 мм), очень большой (более или равно 20 мм с признаками сдавления сердца). 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК -1, ПК - 5</p>
-----------	---	--	-------------------	--------------------------

4.	 <p>Пациент 28 лет жалуется на сердцебиения. При объективном осмотре: правильного телосложения, границы сердца в норме, тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в 1 мин. Шумы не выслушиваются. АД – 120/80 мм рт. ст. Больному была сделана ЭКГ. Первые 3 стандартные отведения ЭКГ представлены на рис. Комплексы QRS деформированы, уширены, зубцы Р не определялись. Первоначальный диагноз – желудочковая пароксизмальная тахикардия (ПТ). Однако у клиницистов появились сомнения в диагнозе и при повторном приступе тахикардии – вновь была сделана ЭКГ с дополнительным пищеводным отведением – рис</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз. 2. Обоснуйте диагноз. 3. Назовите основные дифференциально-диагностические отличия суправентрикулярной ПТ от желудочковой. 4. Какова методика проведения пищеводной ЭКГ? 5. Перечислите преимущества пищеводного отведения ЭКГ от обычного 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Суправентрикулярная ПТ (в частности, узловая) с aberrantными желудочковыми комплексами. 2. Диагноз выставлен благодаря пищеводному отведению ЭКГ – рис, на котором заметен зубец Р, следующий за комплексом QRS. 3. При суправентрикулярной ПТ прослеживается чёткая связь с зубцом Р, при желудочковой ПТ – такая связь отсутствует. При суправентрикулярной ПТ комплексы QRS чаще не уширены, не деформированы, при желудочковой ПТ, как правило, имеет место деформация и уширение QRS. Если при суправентрикулярной ПТ имеет место деформация QRS (aberrantные комплексы), то форма деформированных QRS чаще напоминает полную блокаду правой ножки пучка Гиса, при желудочковой – ПБЛНПГ. 4. Зонд-электрод проводится через носовое или ротовое отверстие пациента к той части пищевода, где наиболее близко находится левое предсердие. При этом на пищеводном отведении ЭКГ фиксируется наибольшая амплитуда зубца Р. После чего проводится учащающая электрокардиостимуляция. Электростимулы вначале возбуждают левое предсердие, а затем через пучок Бахмана – правое. Далее возбуждение передаётся синусовому узлу. 5. Пищеводное отведение ЭКГ позволяет лучше выявлять зубец Р, что способствует улучшению диагностики аритмий. 	ТК ГИА	УК -1, ПК - 5
----	--	--	-----------	------------------

5.	<p>Пациентка 72 лет жалуется на перебои в работе сердца, одышку при физической нагрузке (реже в покое), боли за грудиной сжимающего и давящего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстоянии 100 метров, подъём по лестнице на 2 – ой этаж). Кроме того, больная отмечает отёчность голеней к концу дня. Из анамнеза: перенесла 2 инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь в течение 20 лет, сахарный диабет II типа в течение 10 лет. Сахарный диабет компенсирован, принимает таблетированные сахароснижающие препараты. На обычной ЭКГ – частая желудочковая экстрасистолия. На ЭКГ, сделанной при проведении суточного ЭКГ – мониторинга – частая, групповая, залповая желудочковая экстрасистолия, «пробежки» ЖТ – см. рис</p>  <p>1. Ваш диагноз.</p> <p>2. Нужна ли пациентке коронароангиография?</p> <p>3. Перечислите показания к экстренной коронароангиографии и в какие сроки она выполняется?</p> <p>4. Перечислите показания и укажите сроки выполнения неотложной коронароангиографии.</p> <p>5. Перечислите показания к выполнению плановой коронароангиографии</p>	<p>1. ИБС, стабильная стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз, частая, групповая, залповая желудочковая экстрасистолия, «пробежки» желудочковой тахикардии. Сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Сахарный диабет II типа, компенсированный. Осложнения. ХСН II Б стадии, III ФК.</p> <p>2. Нужна.</p> <p>3. Экстренная коронароангиография выполняется в течение 6 часов. Это исследование выполняют в случае острого коронарного синдрома (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия), при рецидивирующем болевом синдроме, рефрактерном к адекватной терапии.</p> <p>4. Неотложная коронароангиография выполняется в течение 6 – 12 часов. Неотложная коронароангиография выполняется: а) при ухудшении состояния больного, находящегося на лечении в стационаре по поводу прогрессирования стенокардии напряжения; б) в случае присоединения приступов стенокардии покоя; в) при отсутствии эффекта от максимальной антиангинальной терапии; г) в случае ухудшении состояния больного после проведённой эндоваскулярной операции или аортокоронарного шунтирования.</p> <p>5. Плановую коронароангиографию</p>	ТК ГИА	УК -1, ПК – 5, ПК - -6

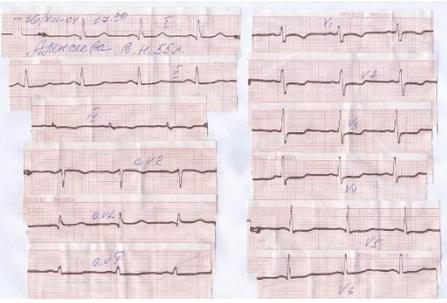
		<p>проводят в следующих случаях: а) объективные признаки ишемии миокарда; б) преходящие изменения ишемического характера, зарегистрированные на ЭКГ покоя или по данным суточного мониторирования ЭКГ; в) положительная проба с физической нагрузкой (ВЭМ, тредимл – тест, ЧПСЛП, стресс – ЭхоКГ, сцинтиграфия миокарда); г) приступы стенокардии напряжения и покоя на фоне антиангинальной терапии; д) ранняя постинфарктная стенокардия; е) критерии высокого риска ИБС по результатам неинвазивного обследования; ж) опасные желудочковые нарушения ритма в анамнезе, указание на внезапную клиническую смерть; з) перед операциями на клапанном аппарате сердца после 40 летнего возраста; и) дифференциальная диагностика с некоронарогенными заболеваниями миокарда; к) социальные показания; л) у больных после трансплантации сердца.</p>		
6.	<p>Пациент 34 лет, наркоман. За 3 недели до настоящей госпитализации почувствовал «потрясающие» ознобы с повышением температуры тела до 39 градусов С. Через 1 сут присоединились сильнейшие боли в поясничной области и макрогематурия. Пациент скорой медицинской помощью был доставлен в специализированную урологическую клинику с подозрением на мочекаменную болезнь, осложнённую почечной коликой. При своём первичном осмотре хирург – уролог исключил мочекаменную болезнь и, несмотря на высокую лихорадку, в госпитализации больному отказал. Всё</p>	<p>1. Первичный острый правосторонний ИЭ, активность III, недостаточность трикуспидального клапана, вегетации на створках трикуспидального клапана. Тромбоэмболии в мелкие ветви лёгочной артерии с развитием двусторонней полисегментарной пневмонии с очагами деструкции лёгочной ткани, тромбоэмболии в сосуды почек с развитием инфаркта почек.</p> <p>2. Немедленно до начала</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК -1, ПК – 5, ПК - -6</p>

<p>это время больной находился дома, продолжал лихорадить не получая никаких антибактериальных препаратов. За сутки до настоящей госпитализации у больного внезапно появились боли в грудной клетке, кашель и кровохарканье. С подозрением на острую внебольничную пневмонию с деструкцией больной был доставлен в клинику. Состояние при поступлении было расценено как крайне тяжёлое. Имела место выраженная одышка с частотой дыхательных движений (ЧДД) до 28 в мин в состоянии покоя. Определялось притупление перкуторного звука в нижних отделах правого и левого лёгкого. В крови – умеренный лейкоцитоз (10000) с палочкоядерным сдвигом (8%), ускоренным СОЭ (до 50 мм в час), анемией (гемоглобин – 108 г/л). В моче: протеинурия – белка 300 мг/л, эритроцитурия – эритроцитов 10 – 12 в поле зрения, лейкоцитурия – лейкоцитов 8 – 10 в поле зрения. На рентгенографии органов грудной клетки – картина полисегментарной пневмонии справа и слева с очагами распада. На трансторакальной ЭхоКС, сделанной через 1 сут после поступления пациента в стационар выявлена недостаточность трикуспидального клапана с выраженной регургитацией, однако вегетаций не было выявлено. На следующий день проведена доплеровская ЭхоКС с пищеводным датчиком – выявлены 3 вегетации (максимальная размером до 15 мм) на створках трикуспидального клапана.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз. 2. В какие сроки делать забор крови для посева? 3. Какие антибактериальные препараты необходимо вводить больному немедленно (ещё до получения результатов посева крови)? 4. Есть ли у пациента показания к немедленному хирургическому вмешательству на клапанном аппарате? 	<p>антибактериальной терапии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. До получения результатов посева крови – гликопептид ванкомицин по 1 гр в/в – 2 раза в сутки плюс аминогликозид (амикацин по 500 мг в/в – 1 раз в сутки). 4. Есть. 5. а) выявление источника системных эмболий; б) оценка структуры, размеров, степени подвижности и места прикрепления новообразований сердца; в) диагностика ИЭ и его осложнений; г) диагностика заболеваний грудной аорты; д) оценка состояния клапанного аппарата сердца при приобретённых пороках сердца, в том числе перед предстоящей операцией; е) оценка дисфункции протезированных клапанов сердца; ж) диагностика врождённых пороков сердца; з) оценка анатомии и диагностика аномалий коронарных артерий; и) внутриоперационный мониторинг; к) длительная лихорадка неясного генеза. 		
---	--	--	--

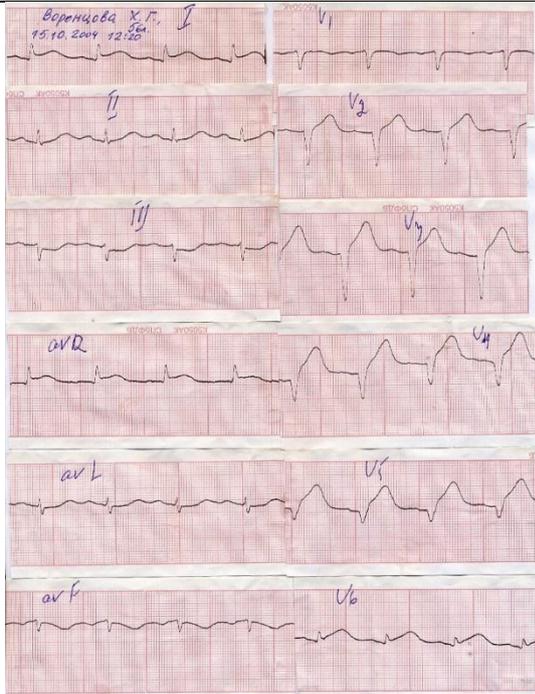
	5. Назовите основные показания для чреспищеводной ЭхоКГ			
7.	<p>Больной 71 года поступил в клинику с жалобами на фебрильную температуру с ознобами и проливными потами в ночное время, похудание на 7 кг за время болезни, выраженную слабость. За 3 недели до начала заболевания амбулаторно проведено удаление кариозного зуба. В течение 7 дней после удаления сохранялось воспаление десны в области удалённого зуба. Спустя 5 дней после экстракции зуба развился озноб с повышением температуры тела до 39 °С. Первоначально подозревался грипп, но, несмотря на лечение, сохранялась температура 38-39 °С с ознобами и проливными потами. Пациент был направлен на обследование в кардиологическое отделение.</p> <p>Из анамнеза выяснено, что с 20 летнего возраста у пациента диагностируется ХРБС, митральный стеноз. Спустя 35 лет развился первый пароксизм фибрилляции предсердий, а в последующем - постоянная форма фибрилляции предсердий. С того же времени повторяются эпизоды тромбозов с тромбэктомиями (из артерий правой и левой голени) за 2 года до настоящей госпитализации перенёс операцию – резекция части тонкой кишки по поводу тромбоза брыжеечной артерии.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. Пульс 102 в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения. Над сердцем выслушивалась мелодия митрального стеноза, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область, протодиастолический шум по левому краю грудины. АД 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Температура тела в день госпитализации и в последующие дни – 39 °С. Заподозрен вторичный</p>	<p>1. Ведущие синдромы и симптомы заболевания: лихорадочный, астенический, синдром клапанного повреждения с наличием дополнительных структур, аритмический, тромбоэмболический, гематологический (лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, лимфопения, ускорение СОЭ, повышение ЦИК, повышение иммуноглобулинов), спленомегалический.</p> <p>2. Вторичный энтерококковый подострый левосторонний ИЭ митрального клапана, активность III; ревматический комбинированный митрально – аортальный порок сердца: стеноз левого атриоventрикулярного отверстия, недостаточность МК, недостаточность аортального клапана, тромбоз левого предсердия, повторные тромбозы, фибрилляция предсердий, хроническая форма, ХСН I стадии II ФК.</p> <p>3. Ротовая полость, кариозный зуб.</p> <p>4. В данном клиническом случае, учитывая результаты посева крови, предпочтителен ампициллин, который необходимо вводить в/в через 6 часов по 2 гр.</p> <p>5. Не показано.</p>	ТК ГИА	УК -1, ПК – 5, ПК - -6

	<p>подострый ИЭ, произведено 5 посевов крови на стерильность. Анализ крови в день госпитализации: Нб – 123 г/л, Эр. $4,0 \times 10^{12}$/л, л. $9,2 \times 10^9$/л, п. 11%, с. – 72%, лимф – 11%, мон. – 6%, СОЭ 46 мм/ч. Биохимические показатели сыворотки крови нормальные, анализ мочи без патологии. ЦИК – 200ед., IgA- 2,1 г/л, IgM – 1,03 г/л, IgG – 6,4 г/л. ЭКГ: фибрилляция предсердий, постоянная форма, блокада правой ножки пучка Гиса, признаки коронарной недостаточности. ЭхоКГ: выраженный митральный стеноз, площадь атриовентрикулярного отверстия $1,9 \text{ см}^2$, кальциноз створок, митральная регургитация III степени. На створках митрального клапана дополнительные грубо вибрирующие эхо – структуры, размером 5-6 мм. в левом предсердии – пристеночный тромб. Уплотнение створок аортального клапана, аортальная регургитация II степени.</p> <p>Ультразвуковое исследование селезёнки: увеличена в размерах – $12,2 \times 6,2 \text{ см}$ без очаговых изменений.</p> <p>Во всех 5 посевах крови получен рост E. faecalis (энтерококка, чувствительного к ампициллину, малочувствительного к пенициллину и нечувствительного к остальным антибиотикам).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выделите ведущие синдромы и симптомы заболевания. 2. Сформулируйте диагноз. 3. Укажите первичные ворота инфекции. 4. Укажите антибактериальные препараты предпочтительные в представленном клиническом случае. 5. Показано ли больному немедленное хирургическое вмешательство? 			
8.	<p>Пациент 64 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной сжимающего и давящего характера. Боли возникают при быстрой ходьбе по ровной местности на расстоянии 200-300 метров, при подъеме по лестнице более чем на два пролета.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК. 2. ЭКГ, общий анализ крови, мочи, липидный профиль, креатинин сыворотки, ЭхоКГ. 	ТК ГИА	УК -1, ПК – 5, ПК - -6

	<p>Нитроглицерин в виде таблеток под язык или в виде спрея купирует боли в течение 3 – 4 минут. Указанные жалобы появились около 1 года назад. При объективном осмотре: ЧСС – 88 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Сердечные тоны ритмичные, приглушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие методы обследования назначите больному? 3. Препараты каких групп вы назначите пациенту? 4. Оправданно ли назначение статинов? 5. Целесообразно ли немедленно направление больного на коронарографию? 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Антитромбоцитарную терапию (аспирин), бета-блокаторы, статины. 4. Оправдано 5. Нет. Необходимы дополнительные показания (данные ЭхоКГ – снижение сократительной способности левого желудочка, отсутствие эффекта от назначенной ангиангиальной терапии, перенесенный в прошлом инфаркт миокарда). 		
9.	<p>У беременной при сроке беременности 22 недели впервые в жизни начало повышаться АД до уровня 150/95 мм рт.ст. Помимо легкой отечности стоп, других жалоб нет. Белок в моче отрицательный. Наследственность отягощена по гипертонической болезни.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. к какому типу АГ следует отнести данное повышение АД? 2. можно ли данное состояние расценить как проявление преэклампсии? 3. показана ли данной больной гипотензивная терапия? 4. если да, что является препаратом первого ряда? 5. возможно ли применение ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. У больной имеет место гестационная гипертония (поскольку появилась после 20 недели беременности). 2. Нет, имеющихся признаков недостаточно для постановки диагноза преэклампсии (легкая отечность стоп, при отсутствии протеинурии, критерием преэклампсии не является). 3. Да, больной показана гипотензивная терапия. 4. Препаратом 1-го ряда является метилдопа. 5. Беременным противопоказано назначение ИАПФ и БРА. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
10.	<p>Больная М, 38 лет, была направлена на стационарное лечение по поводу недавно выявленной нелеченой артериальной гипертензии. При поступлении: жалобы на головную боль, мышечную слабость, парестезии в конечностях.</p> <p>Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Периферических отеков нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, редкие экстрасистолы. АД</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Конна (первичный гиперальдостеронизм). 2. Ожидается повышение уровня альдостерона и снижение уровня ренина плазмы. 3. УЗИ надпочечников, но большей ценностью обладают КТ или МРТ надпочечников. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	<p>– 167/105 мм рт.ст.. Пульс 78 в минуту. Живот безболезнен. Диурез – 2,5 литра в сутки.</p> <p>Общий анализ крови и мочи – без патологии, за исключением низкого удельного веса мочи – 1004.</p> <p>Биохимический анализ крови: натрий – 166 ммоль/л, калий – 2,7 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, мочевиная кислота – 230 мкмоль/л.</p> <p>На ЭКГ ритм синусовый, единичные предсердные экстрасистолы. R V6 > R V5 > R V4. Определяется сглаженность зубца Т и появление волны U > Т.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> какова наиболее вероятная причина АГ? каков ожидаемый уровень ренина и альдостерона плазмы? какие важные инструментальные методы обследования следует провести больной для подтверждения диагноза? какую группу антигипертензивных препаратов следует обязательно включить в схему лечения? показано ли хирургическое вмешательство? 	<ol style="list-style-type: none"> Антагонисты альдостерона. Да, при обнаружении альдостеромы надпочечника показано хирургическое вмешательство. 		
11.	<p>Б-ная А., 55 лет, длительно страдающая гипертонией (до 160/100 мм рт.ст.), впервые ощутила сжимающие загрудинные боли в покое длительностью около 1 часа. Вызвала скорую помощь, боль купирована внутривенным введением морфина, доставлена в приемное отделение. При поступлении – ЧСС 80 в мин, АД – 140/90 мм рт.ст. ЭКГ представлена на рисунке.</p>  <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> Сформулируйте диагноз. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени. ГЛЖ. Риск – 4. Тропонин Т (или I), КФК-МВ, креатинин, холестерин и его фракции, АСТ, билирубин, АлТ, АсТ. Двойная антитромбоцитарная терапия в нагрузочной дозе (аспирин 150-300 мг + клопидогрел 600 мг или, предпочтительнее, аспирин 150-300 мг + тикагрелор 180 мг), затем – в поддерживающей дозе, антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины – эноксапарин или нефракционированный 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	<p>2. Какие важнейшие биохимические показатели следует определить у больной?</p> <p>3. Препараты каких групп вы назначите пациентке?</p> <p>4. Показана ли экстренная коронарография?</p> <p>5. Показан ли данной больной тромболизис?</p>	<p>гепарин под контролем АЧТВ), бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины в высокой дозе, ингибиторы АПФ.</p> <p>4. При наличии стойкой депрессии сегмента ST на ЭКГ покоя больная относится к группе высокого риска и ей показана экстренная коронарография.</p> <p>5. Тромболизис при ОКС без подъема сегмента ST не показан.</p>		
12.	<p>У больной 56 лет с 6-месячным анамнезом сжимающих болей в области сердца при физической нагрузке средней интенсивности, 2 недели назад боли стали возникать при небольшой нагрузке. В день поступления болевой приступ развився в покое, во время работы на даче, за 3,5 часа до поступления. Не купировался нитроглицерином, сопровождался холодным потом, слабостью. Больная госпитализирована попутным транспортом. Из сопутствующих заболеваний – гипертоническая болезнь (до 170/105 мм рт.ст.), язвенная болезнь ДПК. Кровотечений не было. Объективно при поступлении – ЧДД – 16 в мин, в легких хрипов нет. ЧСС – 80 в мин, АД – 155/100 мм рт.ст. Тропонин Т на момент поступления (качественный метод) – отрицателен. ЭКГ представлена на рисунке.</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. ИБС. Острый передний распространенный Q-инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST.</p> <p>2. О недостижении необходимой концентрации тропонина Т в крови. Следует повторить исследование биохимического маркера повреждения миокарда через 6-9 часов.</p> <p>3. 6 месяцев назад появилась стабильная стенокардия, а 2 недели назад – нестабильная (прогрессирующая) стенокардия.</p> <p>4. При возможности осуществления коронарографии и экстренного инвазивного коронарного вмешательства в ближайшие 1,5-2 часа от момента диагноза инвазивная тактика является оптимальной.</p> <p>5. Да, временные показатели (3,5 часа от начала болевого синдрома) и ЭКГ-картина (подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух смежных отведениях и более) позволяют расценивать пациентку как кандидата для тромболитической терапии – при отсутствии возможности осуществить экстренное чрескожное коронарное</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13



Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз? Определите локализацию поражения.
2. О чем может свидетельствовать отрицательный тропониновый тест при поступлении?
3. Что предшествовало данному заболеванию?
4. В случае наличия возможности быстрой беспрепятственной доставки в лабораторию чрескожных коронарных вмешательств чему отдать предпочтение у данной больной – инвазивной или неинвазивной тактике?
5. При невозможности проведения чрескожного коронарного вмешательства в ближайшие 1,5-2 часа является ли больная кандидатом для тромболизиса?

вмешательство в ближайшие 1,5-2 часа.

13. Больная 46 лет обратилась к терапевту с жалобами на появившиеся 3 месяца назад приступы головных болей, сопровождающихся сердцебиением, одышкой, дрожью во всем теле, иногда тошнотой. Приступы повторяются каждые 2-3 недели, в межприступный период АД находится на нормальном уровне.
Объективно: состояние средней степени тяжести. Тоны громкие, ритмичные, акцент II тона над аортой.

Ответы:
1. У больной картина осложненного (скорее всего, феохромоцитомного) гипертонического криза.
2. Пароксизмальный характер повышения АД, сопровождающийся выраженной активацией симпато-адреналовой системы в виде головной боли, сердцебиения, дрожи в теле –

ТК
ГИА

УК 1,
ПК 1,
ПК 3,
ПК 13

	<p>Пульс - 108 в минуту. Печень не увеличена, отеков нет. АД - 210/115 мм рт. ст. (между приступами АД - 130/80 мм рт. ст.).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. К какому варианту гипертонического криза (осложненный, неосложненный) относится данный случай? 2. Возможная причина артериальной гипертензии? 3. Какие методы обследования позволят подтвердить (исключить) данное заболевание? 4. Ваши неотложные мероприятия? 5. Какова дальнейшая тактика ведения больной? 	<p>требует исключения в первую очередь феохромоцитомы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Следует определить уровень метанефринов в крови и моче, а также провести КТ или МРТ надпочечников (УЗИ надпочечников в данной ситуации недостаточно чувствительный метод). 4. Для купирования феохромоцитомных кризов наиболее целесообразно применение альфа-адреноблокаторов парентерально (урапидил, фентоламин, тропафен). При отсутствии такой возможности – показаны альфа-адреноблокаторы внутрь (доксазозин, празозин) или нитраты (изокет, перлинганит) или антагонисты кальция. Не допускается монотерапия бета-блокаторами (ввиду опасности парадоксального повышения АД). 5. При подтверждении диагноза феохромоцитомы больная нуждается в оперативном удалении опухоли в условиях специализированного отделения – на фоне плановой терапии альфа-адреноблокаторами, в связи с чем необходима консультация эндокринолога, хирурга. 		
14.	<p>Больная 55 лет предъявляет жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, тошноту, чувство тревоги, развившиеся около 2 часов назад. В течение 5 лет находят повышение АД - 155/95 мм рт. ст. На момент осмотра - пульс - 80 в минуту, ритмичный, тоны ясные. АД – 185/110 мм рт.ст. По ЭКГ – гипертрофия левого желудочка. У матери больной - гипертоническая болезнь.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертоническая болезнь II стадии, 1 степени. Риск – 3. Неосложненный гипертонический криз. 2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, креатинин, калий, натрий, сахар крови, липидный профиль, мочевиная кислота, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ почек. 3. Каптоприл под язык 25-50 мг или нифедипин внутрь 10-20 мг. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	<p>обследования следует провести больной?</p> <p>3. Каковы неотложные мероприятия.</p> <p>4. Какую плановую терапию вы назначите данной пациентке?</p> <p>5. Каков целевой уровень снижения АД в долгосрочном плане?</p>	<p>4. Ввиду высокого риска (наличие субклинического поражения органов-мишеней – ГЛЖ) - комбинированная гипотензивная терапия: ингибитор АПФ + антагонист кальция (либо ингибитор АПФ + тиазидный или тиазидоподобный диуретик).</p> <p>5. Ниже 140/90 мм рт.ст. (согласно Европейским Рекомендациям 2018 г., еще ниже – менее 130/80 мм рт.ст.).</p>		
15.	<p>Больной 79 лет, в анамнезе 2 перенесенных Q-инфаркта миокарда, аневризма левого желудочка, предъявляет жалобы на одышку при ходьбе по комнате, сердцебиение, повышенную утомляемость. Боли в грудной клетке отсутствуют.</p> <p>Объективно при обследовании: акроцианоз, ЧДД – 20 в мин, в легких в нижних отделах незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 92 в мин, ритм правильный. АД – 128/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет. ФВЛЖ по данным ЭХОКС – 38%. Креатинин сыворотки – 82 мкмоль/л, билирубин, АЛТ, АСТ – в пределах нормы.</p> <p>Получает эгилек (метопролола тартрат), гипотиазид (50 мг/сут), дигоксин (0,125 мг/сут).</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какой стадии имеющаяся сердечная недостаточность по классификации Василенко-Стражеско?</p> <p>2. Какому функциональному классу соответствует ХСН?</p> <p>3. Сформулируйте полный диагноз.</p> <p>4. Оцените назначенную терапию.</p> <p>5. Проведите коррекцию лечения.</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. ХСН IIА стадии.</p> <p>2. III ФК по NYHA.</p> <p>3. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Аневризма левого желудочка. ХСН IIА ст. со сниженной ФВЛЖ (III ФК).</p> <p>4. Лечение неоптимально: метопролола тартрат не подходит для терапии ХСН, гипотиазид целесообразно заменить на петлевой диуретик, показаны АМКР.</p> <p>5. Больной нуждается в усилении терапии. В схему лечения целесообразно включить ингибитор АПФ, начиная с малых доз; поменять бета-блокатор (метопролола тартрат на бисопролол или метопролол сукцинат или карведилол или небиволол, начиная с малых доз); гипотиазид заменить на торасемид или фуросемид; добавить антагонист минералокортикоидных рецепторов – эплеренон или спиронолактон в дозе 25-50 мг/сут; назначение дигоксина допустимо, но при тщательном контроле за возможными симптомами передозировки. Наличие ИБС, постинфарктного кардиосклероза требует подключения (с целью вторичной профилактики)</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

		аспирина и статинов.		
16.	<p>Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38,5⁰С, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит 10 сигарет в день. Аллергия к пенициллину.</p> <p>При обследовании врач обнаружил признаки пневмонии слева в нижней доле. Пульс 82 в мин. АД 120/75 мм.рт.ст., температура 37,8⁰С.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Степень тяжести пневмонии? 2. Какие признаки пневмонии мог обнаружить врач? 3. Место лечения? 4. Какое антибактериальное лечение показано? 5. Какие дополнительные исследования показаны? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пневмония внебольничная, легкой степени тяжести. 2. Усиление го-лосового дрожания, притупление перкуторного звука, влажные хрипы или бронхиальное дыхание. 3. Возможно лечение на дому. 4. Современные макролиды либо респираторные фторхинолоны. 5. Общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,
17.	<p>Больной 32 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение t до 39⁰С, одышку. Заболел остро, накануне, после охлаждения. Состояние больного тяжелое, ЧДД 40 в мин., при перкуссии справа спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука. Выслушивается бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. Пульс 96 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст., t 38,8⁰С.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой процесс в легких? 2. Какое исследование необходимо для подтверждения диагноза? 3. Вероятный возбудитель? Как его выявить? 4. Какое антибактериальное лечение предпочтительно? 5. Тактика лечения? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Долевая (крупозная) пневмония, в нижней доле справа, тяжелое течение. 2. Рентгенография органов грудной клетки. 3. Пневмококк, анализ мокроты, бактериологическое исследование 4. Цефалоспорины III в сочетании с макролидами. 5. Лечение в ПИТ (антибиотикотерапия, оксигенотерапия интенсивная дезинтоксикационная терапия). 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,
18.	<p>Больной в течение многих лет кашляет, последние 3 года с выделением слизисто-гноющей мокроты до 100 мл в сутки, одышка при ходьбе, пе-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический гнойный бронхит, обострение ХОБЛ, возможно, бронхоэктазы. ДН - I ст. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,

	<p>риодически субфебрильная температура. Курит в течение 20 лет. Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, жесткое дыхание, рассеянные сухие низкотоновые хрипы, внизу справа влажные крупнопузырчатые хрипы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие заболевания можно предположить? 2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза? 3. Какой основной механизм одышки? 4. Какие методы лечения можно рекомендовать? 5. Какие методы профилактики можно рекомендовать? 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Рентгенография органов грудной клетки, анализы крови, мокроты, мочи, ФВД, ФБС. 3. Бронхиальной обструкции. 4. Пероральные антибиотики, отхаркивающие. 5. Прекращение курения, закаливание и оздоровительные мероприятия вне обострения. 		
19.	<p>Больной 55 лет, поступил по поводу одышки смешанного характера даже при небольшой физической нагрузке, небольшой кашель. Болен около двух лет, в течение которых отмечалось увеличение одышки, субфебрильная температура. Похудел на 8 кг. Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде барабанных палочек. В легких ослабленное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливаются при глубоком дыхании. ЧДД-28 в 1 мин, ЧСС - 98 в 1 мин. Печень у края реберной дуги. Р-графия легких: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, двухсторонние инфильтративные тени, в нижних отделах.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите степень ДН? 2. Какие заболевания необходимо дифференцировать? 3. Рентгенологические методы подтверждения диагноза? 4. Неинвазивные методы подтверждения диагноза? 5. Инвазивные методы подтверждения диагноза? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ДН II-III степень. 2. ХОБЛ; туберкулез легких; рак легких; фиброзирующий альвеолит. 3. Компьютерная томография. 4. Анализы крови, исследования мокроты на МБТ, спирография. 5. Диагностическая фибробронхоскопия, бронхоальвеолярный лаваж, биопсия. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,
20.	<p>Больной отмечает аллергию на пыльцу растений. В течение последних 3 лет появились приступы экспираторного удушья в весенне-летнее время.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поллиноз. 2. Экзогенная (пыльцевая БА). 3. Эозинофилы, кристаллы Шарко - Лейдена, спирали 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,

	<p>Приступы сопровождались обильным выделением из носа, слезотечением, крапивницей. Мокрота светлая. Кожные пробы выявили аллергию на пыльцу ясеня, дуба. В остальное время года состояние удовлетворительное. Грудная клетка в межприступный период конической формы, перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая патология предшествовала БА? 2. Какая форма БА имеется у больной? 3. Какие могут быть характерные изменения в анализе мокроты? 4. Какая группа лекарств показана с профилактической целью? 5. Какая группа лекарств показана «по требованию»? 	<p>Куршмана.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ингаляционные глюкокортикоиды, либо антилейкотриеновые препараты. 5. Бронходилататоры. 		
21.	<p>В течение 3 лет у больного при употреблении цитрусовых и при физической нагрузке возникают приступы удушья. Проходят самостоятельно, иногда пользуется эуфиллином. При обращении к врачу чувствует себя удовлетворительно. Приступа удушья нет. Дыхание везикулярное.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вероятный диагноз? 2. Какие методы обследования провести для выявления обструкции бронхов? 3. Какие неинструментальные методы могут подтвердить диагноз? 4. Какие инструментальные методы могут подтвердить диагноз? 5. Какая степень начальной терапии показана пациенту? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхиальная астма. 2. Спирография с физической нагрузкой, с бронходилататорами. 3. Изучение аллергологического анамнеза. 4. Мониторинг ФВД. 5. II ступень. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,
22.	<p>Боль Больной 32 лет, заболел внезапно. Потрясающий озноб, повышение температуры до 40°. Кашель сначала сухой, затем с вязкой ржавой мокротой. Выраженная одышка, боль в грудной клетке справа усиливается при дыхании, сердцебиение, ЧСС 120 в минуту. АД 80/55 мм рт.ст. На губах и крыльях носа герпес. ЧДД 38. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. В лёгких справа в</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжёлое течение. Правосторонний экссудативный плеврит. ДН 2. 2. Рентгенография грудной клетки, развернутый анализ крови 3. Больного необходимо госпитализировать 4. Пневмококк 5. Правосторонний 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,

	<p>нижнезадних отделах дыхание не выслушивается, перкуторно здесь же звук тупой. Сатурация кислорода по пульсоксиметрии – 89%.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Какие необходимы обследования для подтверждения диагноза? 3. Дальнейшая тактика ведения больного? 4. Возможный возбудитель заболевания? 5. Возможные осложнения? 	<p>экссудатив-ный плеврит, ИТШ.</p>		
23.	<p>У больной с острой абсцедирующей пневмонией ухудшилось состояние - в мокроте со зловонным запахом, которую откашляла больная, появилось большое количество алой пенистой крови. Объективно : больная бледна, одышка до 25 в минуту, пульс 100 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Голосовое дрожание справа над нижней долей усилено, легочный звук укорочен, дыхание жесткое, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чем объяснить кровохарканье? 2. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе? 3. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе? 4. Полурадикальные метода остановки легочного кровотечения? 5. Показания к оперативному лечению? 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Кровохарканье обусловлено де-струкцией легоч-ной ткани, нару-шением целост-ности сосудов. 2. Внутрь соле-ное питье, мор-фин 3-10мг в/в, нитроглицерин 0,5 мг под язык каждые 10 мин, госпитализация. 3. Желатина вну-тривенно, транек самаовая кислота, хлорид кальция, фибриноген, викасол и др. 4. Томпонада бронха, эмболи-зация легочных сосудов. 5. По жизнен-ным показаниям. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,
24.	<p>В приемное отделение поступает больной с массивными отеками до поясницы, АД 140/100 мм рт ст, в общем анализе мочи уд. вес 1026, белок 3,93 г/л, эритроциты 40-50 в п/з, лейкоциты 10-20 в п/з.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой нефрологический синдром у больного? 2. Какие лабораторные обследования необходимо провести, чтобы подтвердить данный синдром? 3. Какое инструментальное обследование необходимо провести больному? 4. Назначьте лечение. 5. При каких показателях говорят 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нефротический синдром. 2. Суточная потеря белка, биохимические – уровень холестерина, белка, альбумина. 3. Показана нефробиопсия для уточнения характера морфологических изменений в почках. 4. Учитывая наличие нефротического синдрома, показано назначение пульс-терапии ГКС + цитостатики. 5. Ремиссия нефротического синдрома 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13,

	о полной ремиссии данного синдрома?	подразумевает суточную потерю белка ниже 200мг/сут.		
25.	<p>В клинику поступила больная С., 24 лет, жалоб при поступлении не предъявляет. Месяц назад, устраиваясь на работу проходила медкомиссию, в том числе сдавала анализ мочи – изменений не было выявлено. За 14 дней до госпитализации переболела острым респираторным заболеванием. Через 10 дней после болезни был взят общий анализ мочи: белок до 0,5 г/л, эритроциты до 20-30 в п/з, лейкоциты 1-2. Весом 55 кг, уровень креатинина 73 ммоль/л. При объективном осмотре без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначьте обследование. 2. Поставьте диагноз. 3. По каким показателям оценивают функциональное состояние почек? 4. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по СКД-ЕРІ 5. Назначьте лечение. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, белок, холестерин, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек ЭКГ, глазное дно. 2. Острый диффузный гломерулонефрит. 3. Удельный вес, уровень креатинина, мочевины, скорость клубочковой фильтрации. 4. 99 мл/мин. 5. Диета с ограничением поваренной соли, антиагреганты (трентал 400 мг/сут или курантил 150 мг/сут) с контролем анализов мочи. При сохраняющемся более 2-3 месяцев мочевом синдроме необходимо дообследование в плане исключения хронического гломерулонефрита. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13,
26.	<p>Больной 19 лет, вес 71 кг, поступил с жалобами на массивные отеки ног, одышку, отеки на животе. Из анамнеза – за два года до госпитализации переболел катаральной ангиной, проявлений которой прошли в течение 1 недели, но затем при прохождении комиссии в военкомате в анализах мочи находили белок и эритроциты – цифры не помнит. Находился на лечении в нефрологическом отделении – был выписан с Ds: Латентный гломерулонефрит. Выписки на руках нет. В последующем состояние удовлетворительное, не наблюдался, анализы мочи не сдавал. За неделю до госпитализации заметил одышку, отеки на ногах, пояснице, слабость, которые появились через несколько дней, после перенесенной ОРЗ. При поступлении – состояние средней степени тяжести, кожные покровы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень холестерина – при нефротическом синдроме он повышен 2. Функция почек не нарушена. 114 мл/мин. 3. Хронический гломерулонефрит фокально-сегментарный гломерулосклероз, нефротический вариант течения без нарушения функции почек. 4. Пульс-терапия циклофосфан 1000 мг №1 + преднизолон 1000 мг в/в №3 в сочетании с преднизолоном внутрь в дозе 40-60 мг/сут. 5. Целью терапии нефротического синдрома достижение ремиссии: неполной (суточная потеря белка ниже 2,5 г/сут), полная 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13,

	<p>бледные, левая граница сердца по среднечленичной линии, сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС – 87 в мин, АД 130/80 мм рт ст, в легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, небольшой асцит. Массивные отеки голеней, отек поясничной области. В анализе мочи протеинурия 9,6 г/л, эритроциты 40-50 в п/з, уд. вес - 1034, гемоглобин 128 г/л, СОЭ – 63 мм/час, общий белок – 51 г/л, альбумины 32,43%, креатинин 85 мкмоль/л, мочевины 7,3 ммоль/л. Произведена нефробиопсия – фокально-сегментарный гломерулонефрит. Назначен азатиоприн 150 мг/сут + преднизолон 50 мг, что привело через 3 недели к снижению протеинурии до 1,6 г/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой биохимический показатель не определен? 2. Каково функциональное состояние почек? Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по СКД-ЕРІ. 3. Сформулируйте диагноз. 4. Назначьте лечение. 5. Основная цель терапии нефротического синдрома. 	<p>(суточная потеря белка ниже 0,2 г/сут).</p>		
27.	<p>В приемный покой доставлена больная 33 лет с жалобами на боли в поясничной области, головную боль, озноб, учащенное мочеиспускание. Больна в течение 3 дней. Настоящие симптомы возникли после переохлаждения. Об-но: температура 38,2, кожа бледная, влажная, язык обложен белым налетом, тоны сердца приглушены, ЧСС-92 в мин, АД – 140/90 мм рт ст, живот б/о, с-м Пастернацкого (+) с обеих сторон.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначьте обследование. 2. Поставьте диагноз. 3. После каких обследований можно проводить внутривенную урографию? 4. Назначьте лечение. 5. Как долго проводить лечение? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, посев мочи на флору. 2. Острый пиелонефрит. 3. В/в урография проводится после уточнения уровня креатинина, мочевины, скорости клубочковой фильтрации (не менее 40 мл мин). 4. Обильное питье до 2000-3000 мл/сут; цефалоспорины 2-3 поколения (цефтриаксон по 1,0 х 2 раза в день в/м) или амоксилин/клавуланат в/м по 1000 мг х 2 раза в день в течение 14-20 дней, спзмолитики (дротаверин). 5. Антибактериальная терапия проводится в течение 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13,

		2-2,5 недель.		
28.	<p>На прием к терапевту обратилась женщина, 23 года. С жалобами на рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 37,2-37,3. Объективно: состояние удовлетворительное, по органам без особенностей, почки, стоя, лежа не пальпируются, периферических отеков нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие обследования необходимо провести на амбулаторном этапе 2. Сформулируйте диагноз 3. Почему нет необходимости делать посев мочи 4. Назначьте лечение 5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, уровень креатинина, мочевины, анализ мочи по Нечипоренко 2. Острый цистит. 3. На амбулаторном этапе причиной 80-90% инфекции мочевыводящих путей является эшерихия коли 4. Достаточная водная нагрузка до 2-2,5 л/сут, антибактериальные препараты (препараты выбора фторхинолоны, ампициллин/клавулонат) 5. Урогенитальная инфекция, гинекологические заболевания 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 6
29.	<p>Больная Р. 58 лет, поступила с жалобами на выраженную жажду (выпивает до 5 литров жидкости), обильное и частое мочеиспускание, зуд слизистых. Данные жалобы в течение 3-4 месяцев. При осмотре: повышенного питания. Рост 166 см. Вес 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, в легких везикулярное дыхание. ЧСС 74 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой. Живот спокойный. Отеков нет. Общий анализ мочи: относительная плотность 1035, белка нет, сахар 2%, ацетон (-).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза. 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? 4. Современные методы лечения данной патологии. 5. Принципы диетотерапии. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Впервые выявленный сахарный диабет 2 тип. Ожирение 1 ст. (ИМТ 32). 2. Анализ гликемии натощак и через 2 часа после еды, гликозилированный гемоглобин, БАК: креатинин, мочевины, липиды, триглицериды, кетоновые тела. 3. Психогенная полидипсия, несхарный диабет, сахарный диабет 1 тип. 4. изменение образа жизни (диетотерапия, физ.нагрузки) и при отсутствии противопоказаний - лечение пероральными сахароснижающими препаратами (предпочтение метформину или в комбинации с инкретинами, либо глифлозидами (иНГЛТ2т). 5. Умеренно гипокалорийное питание с дефицитом калорий 500 – 1000 ккал в сутки, но не менее 1200 ккал в сутки. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК5, ПК 6,

		<p>Голодание категорически противопоказано. Снижение калорийности достигается за счет ограничения продуктов с высоким содержанием жиров, простых углеводов, а также ограничения сложных углеводов примерно вдвое от привычного для пациента потребления.</p>		
30.	<p>У больной Д. 32 лет, находившейся в стационаре по поводу СД 1 типа, через 2 часа после еды появились дрожь в теле, потливость, снижение остроты зрения, беспокойство. При осмотре кожные покровы бледные, влажные. На вопросы не отвечает, агрессивна. В легких везикулярное дыхание. Пульс 98 ударов в мин, АД 90/50 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот спокойный. В крови уровень глюкозы 2,8 ммоль/л.</p> <p>1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.</p> <p>2. Какова причина данного состояния?</p> <p>3. При каких значениях гликемии следует начинать мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД?</p> <p>4. Принципы терапии и профилактики данного состояния.</p> <p>5. Какова тактика при тяжелой гипогликемии.</p>	<p>1. Диагноз: сахарный диабет 1 тип, гипогликемическое состояние.</p> <p>2. Причины: передозировка инсулина, неправильная техника инъекций инсулина, либо недостаточное количество углеводов в пище.</p> <p>3. Мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД следует начинать при уровне глюкозы плазмы 3.3 – 3.9 ммоль/л.</p> <p>4. Прием быстроусвояемых углеводов в количестве 1-2 ХЕ: сахар (4-5 кусков, лучше растворить в воде или в чае), или мед или варенье (1 – 1.5 столовых ложки), или 200 мл сладкого фруктового сока, или 100 мл лимонада, или 4-5 больших таблеток глюкозы (по 3 г). Если гипогликемия вызвана инсулином, то дополнительно съесть 1-2 ХЕ медленноусвояемых углеводов (хлеб, каша и т. д.), и контролировать состояние пациента в течение всего периода действия инсулина.</p> <p>5. Пациента уложить на бок, освободить полость рта от остатков пищи. При потере сознания нельзя вливать в полость рта сладкие растворы (опасность асфиксии!). В/в струйно ввести 20 – 100 мл 40 % глюкозы, до полного</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6,</p>

		<p>восстановления сознания. Альтернатива – 1 мл р-ра глюкагона п/к или в/м (вводится родственником больного, персоналом и т. д.). Если сознание не восстанавливается после в/в введения 100 мл 40 % глюкозы – начать в/в капельное введение 5 – 10 % глюкозы и госпитализировать. Лечение продолжать до нормализации гликемии и полного выведения инсулина из организма- если была передозировка инсулина.</p>		
31.	<p>Больной М. 51 года. Жалуется на нарушение ритма сердца в течение 10 лет. 5 лет на терапии кордароном по поводу персистирующей формы ФП, но последний год – без значимого положительного эффекта. Сданы гормоны щитовидной железы: ТТГ-0,1 (0,17-4,05) , Т4-162 (60-160) , Т3-2,4 (1,2-2,8); УЗИ щитовидной железы: V= 17 мл, структура однородная, патологических образований не выявлено. Объективный осмотр: потерю в весе не отмечает. ИМТ 22. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Отеков нет. Пульс 82 уд. в минуту, аритмичный.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что послужило развитию данного состояния, обоснуйте. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? 4. Какое лечение необходимо назначить больному. 5. Ваша дальнейшая тактика ведения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. В данном случае не было адекватного контроля за функцией щитовидной железы в течение 5 лет. Один из симптомов кордарониндуцированного тиреотоксикоза – потеря антиаритмической активности препарата – не был учтен. При назначении кордарона необходимо обследование щитовидной железы, а при лечении этим препаратом следует проводить контроль функции этого органа не менее чем один раз в 3–6 месяцев. 2. Диагноз. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. Осложнение: Кордарониндуцированный тиреотоксикоз, легкое течение. 3. Дифдиагностика с диффузным токсическим зобом, подострым тиреоидитом, аутоиммунным тиреоидитом. 4. Отменить кордарон, лечение тиреостатиками в легкой форме тиреотоксикоза не целесообразно. Для лечения ФП в данном случае необходимо назначить антиаритмические препараты (аллапинин, прокаинамид, 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК5, ПК 6,

		пропафенон, соталол). 5. Повторить гормоны щитовидной железы св.Т4 и св.Т3 через 1-2 месяца. При эутиреозе и отсутствии эффекта от антиаритмических препаратов решить вопрос о проведении радиочастотной абляции (РЧА).		
32.	<p>Больная Ч. 45 лет. Жалобы на слабость, сонливость, склонность к запорам. При осмотре- кожа сухая, отечность лица и рук. При аускультации тоны сердца приглушены, ЧСС 54 уд в мин, АД 130/90мм.рт.ст. При обследовании: гормоны ТТГ- 67,1(0,3-4,0) , свТ4 - 6,22 (10,3-24,5), сахар крови 5,3 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: V=18.3 см³. Контур: четкий , экзогенность железистой ткани значительно пониженная. В правой доле очаговое образование с ободком Хало размером 1,9/2,1 см.</p> <p>1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Каковы наиболее частые причины гипотиреоза? 3. Назначьте лечение. 4. Через какое время от начала заместительной терапии тироксином и как часто следует контролировать гормоны? 5. Определите дальнейшую тактику в отношении очагового образования.</p>	<p>1. Узловой зоб 1 ст. Гипотиреоз впервые выявленный. 2. Аутоиммунный тиреоидит, операции на щитовидной железе, терапия радиоактивным йодом. 3. Табл. Л-тироксин 100 мкг - по 1таблетке - за 30 минут до завтрака постоянно. 4. Через 1-2 месяца повторить гормон ТТГ, и при необходимости – коррекция заместительной терапии. На протяжении первого года терапии обычно требуется 3–4 определения уровня ТТГ. После того, как доза подобрана, контрольные определения уровня ТТГ проводятся ежегодно. 5. Консультация эндокринного хирурга с целью проведения тонкоигольной аспирационной биопсии узла.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК5, ПК 6,
33.	<p>Больная Ш., 23 лет, ранее считавшая себя здоровой, после психической травмы, поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, снижение остроты зрения, выраженную жажду - до 6 л сутки, полиурию, сонливость, боли в животе, тошноту, рвоту. При осмотре: больная заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Запах моченых яблок изо рта. Кожа сухая. Шумное дыхание, слышимое на расстоянии. ЧДД 26 в мин., ЧСС 112 в мин. АД 90/70 мм рт. ст. Тоны сердца</p>	<p>1. Диагноз: впервые выявленный сахарный диабет 1 тип, кетоацидоз умеренно-тяжелой степени тяжести. 2. Экстренная госпитализация в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии. 3. Анализ крови на кетоновые тела, кислотно-щелочное состояние крови, развернутый клинический анализ крови, электролиты: калий, натрий. 4. Лактат-ацидоз,</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК5, ПК 6,

	<p>приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом. Отмечается напряжение и болезненность брюшной стенки.</p> <p>В анализах: глюкоза крови 18,6 ммоль/л, креатинин крови 250 мкмоль/л; мочевины 13,8 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 0,54 г/л, относительная плотность 1032, ацетон +++, сахар 7%, эр. - един. в п/зр., лейкоц. 4-5 в п/зр.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. Стоит ли госпитализировать пациентку? Если да, то куда? 3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза. 4. С какими другими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз? 5. Принципы терапии. 	<p>абстинентный синдром при хроническом алкоголизме, абдоминальный синдром.</p> <p>5. Устранение инсулиновой недостаточности, борьба с дегидратацией и гиповолемией, восстановление электролитного баланса и КЩС, выявление и лечение сопутствующих заболеваний и состояний, которые спровоцировали кетоацидоз.</p>		
34.	<p>Больной К., 60 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на снижение аппетита, практически постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, слабость. С 20-летнего возраста страдает хроническим Н.р.-ассоциированным гастритом. Эрадикация проводилась, оценка полноты эрадикации – нет. Объективно: пониженного питания, кожа бледная, периферические лимфоузлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не пальпируются, размеры не увеличены. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы – явной патологии нет, ЧСС до 69 уд. в минуту. Гемоглобин 115 г/л, лейкоциты $7 \cdot 10^9$ в 9/л: п/я- 5%, с/я -68%, э – 1% л – 23%, м – 3%, СОЭ -18 мм/час. При ФГС – отчетливая контурация сосудистого рисунка, СОЖ бледная, тусклая. Язв, эрозий в желудке и луковице ДПК не найдено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предполагаемый диагноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический Н.р.-ассоциированный атрофический пангастрит. 2. Да, ФГС с биопсией и определение Н.р.-статуса (морфологический метод + 13С-UBT дыхательный тест с мочевиной, меченой 13С), серологические методы диагностики атрофии тела желудка (пепсиноген I (PGI), пепсиногена II (PGII), Ц.П., ретикулоциты 3. Явления атрофии и тонкокишечной метаплазии. 4. При наличии Н.р. – эрадикационная терапия, базисная профилактика (правильное питание – овощи, фрукты, антиоксиданта: витамины А, В, Е), отказ от курения, при наличии пернициозной анемии-назначение витамина В-12. 5. Без проведения канцерпревенции при атрофическом фундальном гастрите в 1% случаев ежегодно развивается рак желудка. 	ТК ГИА	УК 1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК 7,

	<p>2. Нужны ли дополнительные исследования для подтверждения диагноза?</p> <p>3. Что ВЫ ожидаете получить при морфологическом исследовании СОЖ?</p> <p>4. Тактика ведения?</p> <p>5. Прогноз?</p>			
35.	<p>Больной Н., 46 лет, плотник, поступил в гастроэнтерологическое отделение больницы с жалобами на чувство тяжести и ноющую боль в подложечной области, общую слабость, тошноту, позывы на рвоту, однократную рвоту «кофейной гущей». Причиной своего заболевания считает поднятие тяжестей на работе. В течение последних трех лет наблюдался по поводу язвенной болезни желудка. Язва локализовалась на большой кривизне, биопсия злокачественных клеток не обнаружила.</p> <p>При осмотре общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, нормального питания. В легких и со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не обнаружено. Язык слегка обложен белесоватым влажным налетом, при поверхностной пальпации живота отмечается незначительное напряжение брюшных мышц и болезненность в подложечной области, симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Анализ крови: эр. $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 78 г/л, СОЭ 36 мм/ч, лейкоциты $7,2 \cdot 10^{12}$ /л, Э-2%, П-3%, С-60%, Л-25%, М-2%.</p> <p>Рентген-исследование: легкие и сердце в пределах возрастной нормы.</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз?</p> <p>2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?</p> <p>3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?</p>	<p>1. Язвенная болезнь с локализацией в желудке, обострение. Н.р.- статус не определен. Осложненная ЖК-кровоотечением. Постгеморрагическая ЖДА.</p> <p>2. С раком желудка.</p> <p>3. ФГС с прицельной биопсией, рентгеноскопия желудка, ат к Н.р.</p> <p>4. Остановка кровоотечения, при наличии Н.р.- эрадикационная терапия, терапия анемии.</p> <p>5. Наличие косвенных визуальных данных злокачественной язвы желудка при отсутствии морфологического подтверждения.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК 7,

	<p>4. Укажите ближайшую и отдаленную цель в лечении Вашего больного. ?</p> <p>5. Дайте определение «суспициозной» язвы?</p>			
36.	<p>Больная С., 25 лет, жалуется тяжесть в правом подреберье, тошноту, похудание, слабость. Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Больная пониженного питания. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Со стороны системы органов дыхания патологии не найдено. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка не увеличена. По данным УЗИ – печень увеличена, сосудистый рисунок обеднен, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 4 мм, конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа без патологических отклонений. Размеры селезенки – 112* 67 мм. В биохимических анализах крови - общий билирубин 66 мкмоль/л, реакция прямая, быстрая, АЛТ – 320 ед (норма – 40), АСТ – 120 (норма – 36), холестерин – 5,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 270 ед (норма 360), β-липопротеиды – 31ед, ГГТП 826 ед (норма -60), общий белок – 60,0 г/л, альбумины – 42,2%, гамма-глобулины 36 %, СОЭ – 56 мм/ч, антимитохондриальные антитела, HVs Ag, анти HCV - отрицательные.</p> <p>1. Ваш диагноз?</p> <p>2. План обследования?</p> <p>3. С какими патологиями следует провести дифференциальный диагноз?</p> <p>4. Перечислите основные синдромы заболевания?</p>	<p>1. Хронический аутоиммунный гепатит 1 типа.</p> <p>2. Определение уровня гамма-глобулинов, антиядерных (ANA) антител, антител к гладкой мускулатуре (SMA), уровень церулоплазмينا в сыворотке крови, общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, ретикулоцитов, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, печеночные пробы – протромбиновое время и индекс, фибриноген, анализ крови на гемостаз, фибриноген, тимоловая проба, общий белок и фракции, диагностика мезенхимально-воспалительного синдрома - иммуноглобулины, ЦИК, СОЭ, лейкоцитоз, тимоловая проба, ФГДС.</p> <p>3. С БВК, лекарственным гепатитом, ПБЦ, алкогольным и неалкогольным стеатогепатитом</p> <p>4. Астено-вегетативный, лихорадочный, гепатомегалия, желтуха, цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдром.</p> <p>5. глюкокортикоиды (преднизолон в дозе 60 мг мг Поддерживающая доза через 6 недель -7,5-10 мг, с 3 недели+ азатиоприн 50 мг/сут, с 5 недели -100 мг/сут)).Лечение преднизолоном в основном проводится длительно: от 6 мес до 2 лет, а у ряда больных - в течение всей жизни. Поддерживающая доза азатиоприна назначается на 3-6 месяцев</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК 7,

	5. Лечение?		
37.	<p>Больной М., 43 года, около 6 лет назад перенес острый вирусный гепатит В. Через 3 года при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоят тошнота, боль в правом подреберье, периодическая желтушность склер и кожных покровов.</p> <p>При объективном обследовании: состояние больного удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт.ст. На грудной клетке единичные сосудистые «звездочки». Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, болезненная, край закруглен. Селезенка не увеличена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Дополнительные методы исследования? 3. Перечислите основные синдромы заболевания у данного больного? 4. Схемы противовирусной терапии ХГВ? 5. Профилактика ХГВ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический гепатит В, репликация. 2. HBs Ag, количественная ПЦР на наличие ДНК HBV, ПЦР на наличие РНК HDV, общие анализы крови и мочи, уровень билирубина и его фракции, общий белок и белковые фракции, уровень холестерина крови, β-липопротеидов, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ГГТП, тимоловая проба, глюкоза крови, ФГДС, RRS, УЗИ органов брюшной полости, эластометрия на аппарате Фиброскан 3. Абдоминальный болевой синдром, диспептические явления, астеновегетативный синдром + гепатомегалия, холемия. 4. терапия аналогами нуклетидо/нуклеозидов (энтековир, телбивудин, тенофовир) сроком на 2-3 года менее 48 недель. 5. Тестирование донорской крови с определением HBs Ag и анти HBc Ag Б) Вакцинация вакцинами Энджерикс В, ЛТД, Н-В-ВахII. Активная иммунизация показана: HBsAg-негативным контактным с больными лицами, больным хронической почечной недостаточностью, находящимся на гемодиализе, персоналу учреждений для умственно отсталых, стоматологам, гомосексуалистам, проституткам при впервые возникшем асците, у всех госпитализированных в стационар больных с асцитом, а также при необъяснимом ухудшении состояния у больных циррозом печени и асцитом. 	<p>ТК ГИА</p> <p>УК 1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК 7,</p>
38.	<p>Больная 33 года, хирургическая</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический гепатит С, 	<p>ТК</p> <p>УК 1,</p>

	<p>медсестра, в течение нескольких лет жалуется на слабость, снижение работоспособности. При обследовании АЛТ до 180 ед (норма – 40), АСТ – 110 ед (норма-36), билирубин – 56 мкмоль/л, реакция прямая, тимоловая проба – 8 ед. При дообследовании обнаружены анти- HCV, РНК HCV – $1,2 \cdot 10^4$ в 4 степени. На УЗИ – умеренная гепатомегалия, селезенка не увеличена, воротная вена- 8 мм, селезеночная вена -6 мм. На ФГС варикозного расширения вен не найдено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Дополнительное обследование? 3. Дальнейшая тактика ведения больной? 4. Сроки проведения противовирусной терапии? 5. Прогноз? 	<p>фаза реактивации, средней степени активности.</p> <p>6. Генотип вируса, общие анализы крови и мочи, уровень билирубина и его фракции, общий белок и белковые фракции, уровень холестерина крови, β-липопротеидов, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ГГТП, тимоловая проба, глюкоза крови, ФГДС, RRS, УЗИ органов брюшной полости, эластометрия на аппарате Фиброскан</p> <p>3. Рекомендуется использовать безинтерфероновые пангенотипичные схемы препаратов прямого противовирусного действия <u>без рибавирина</u> (даклатасвир 60 мг в комбинации с софосбувиром 400 мг) в течение 8-12 недель или «софосбувир / велпатасвир» или «глекапревир / пибрентасвир» для лиц с генотипом 1a, 1b, 2, 3, 4, 5 и 6.</p> <p>5. При достижении УВО-благоприятный</p>	ГИА	ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК 7,
39.	<p>Больной 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, головокружение, резкую слабость, кал черного цвета. В анамнезе в течение 5 лет диагностируется цирроз печени в исходе ХГС. Несколько раз был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с симптомами декомпенсации заболевания (прогрессировал асцит). После выписки диету не соблюдал, рекомендуемые медикаментозные препараты не принимал, употреблял алкоголь.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, печеночный запах изо рта, несколько заторможен, на вопросы отвечает нечетко, отмечаются «провалы» памяти. Пульс 110 ударов в минуту, малого</p>	<p>1. Цирроз печени смешанной этиологии (ХГС +этанол), класс С по Чайлд-Пью. ВПГ: ВРВП, спленомегалия, асцит. ПКН: Прекоматозное состояние. Осложнение: кровотечение из ВРВП или желудка. Постгеморрагическая анемия</p> <p>2. общие анализы крови и мочи, уровень билирубина и его фракции, общий белок и белковые фракции, уровень холестерина крови, β-липопротеидов, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ГГТП, тимоловая проба, глюкоза крови, УЗИ органов брюшной полости, этиотропная диагностика – маркеры вирусных гепатитов</p> <p>3. Лечение: внутривенное струйное введение препарата в</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	<p>наполнения и напряжения, ритмичен, АД – 95/50 мм рт.ст. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, край острый, селезенка на 4-5 см ниже реберной дуги, плотная, имеется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. Нв – 75 г/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Дополнительные методы исследования? 3. Неотложные мероприятия? 4. Стадия печеночного процесса? 5. Назовите очевидную причину декомпенсации процесса? 	<p>дозе 1,0 мг (10 мл) с интервалом 4–6 часов до остановки кровотечения или вводят одномоментно по 25-50 мг, затем путем непрерывной инфузии в\в до остановки кровотечения.</p> <p><u>Гемостатическая терапия</u> (-аминокапроновая кислота, викасол, глюконат кальция, дицинон, эритромаасса). Восстановление объема циркулирующей крови (раствор альбумина, свежемороженая плазма), Механическая тампонада пищевода (зонд Блэкмора-Сенгстакена) антибактериальная профилактика СБП фторхинолонами или цефалоспорины, профилактика ГРС – введение р-ра альбумина, профилактика ПЭ – (лактоулоза, сифонные клизмы, L-орнитин- L-аспартат, селективная деконтаминация кишечника). После стабилизации гемодинамики – ФГС, лигирование ВРВП.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Декомпенсация. 5. Прием алкоголя, прекращение приема медикаментозных средств 		
40.	<p>Больной М., 47 лет жалуется на боли в эпигастральной области, не связанные с едой, тошноту, плохой аппетит и частые поносы. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем, 4года назад лечился по поводу описторхоза. В течение года ежедневно - поносы с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 8 кг.</p> <p><i>Объективно:</i> масса тела - 60 кг, рост - 170 см. Кожа сухая, тургор снижен. АД - 90/70 мм рт. ст, чсс 80 уд. в минуту. Язык красного цвета, со сглаженными сосочками. Нерезкая болезненность над пупком в треугольнике Шофара. Печень</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический панкреатит алкогольной этиологии с признаками экзокринной (поносы) недостаточности поджелудочной железы, обострение. 2. Синдромом maldigestive и мальабсорбции. 3.Общий анализ крови и мочи Общий билирубин и фракции, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, амилаза, липаза крови, общий белок и белковые фракции, кальций крови Копрограмма, эластаза 1 в кале Сахар крови натощак и, по 	ТК ГИА	УК 1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 10

	<p>пальпируется по краю реберной дуги.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какова вероятная причина поносов? 2. Как объяснить похудание и признаки гипогидратации у больного? 3. Какие исследования нужны для прямого подтверждения диагноза и что ожидается? 4. Что можно ожидать в анализе кала, как объяснить эти изменения? 5. Назначено лечение: стол N5, панкреатин 0.5x3, контрикал 1500.0 ЕД/сут, атропин п/к. Оцените адекватность этого лечения. 	<p>показаниям, сахарная кривая</p> <p>Выявление паразитарной инвазии (кал на я/глист многократно, дуоденальное зондирование, ИФА – а/тела к описторхиям, лямблиям)</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p> <p>КТ (по показаниям)</p> <p>ФГС</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стеаторею (капли нейтрального жира, мыла и кристаллы жирных кислот). Причина - недостаток панкреатических ферментов, прежде всего липазы. 2. Лечение неадекватно. Не указано на необходимость прекращения приема алкоголя и обильное питье (гипогидратация). В лечении следует использовать ненаркотические анальгетики, ИПП, Микрогранулированные ферменты (креон, микразим, эрмиталь) в больших дозах (160 тыс ЕД и более). Атропин и контрикал в настоящее время не входит в фармакопею ХП. 		
41.	<p>У больной 38 лет, жидкий стул со слизью и кровью до 6 - 8 раз в сутки, боли в животе больше слева в подвздошной области, тенезмы, субфебрильная температура, снижение веса, слабость. Страдает данным заболеванием 4 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. Объективно: бледность кожных покровов, тахикардия до 100, болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки, которая пальпируется в виде болезненного спазмированного тяжа в диаметре 3 см. В анализе крови: гемоглобин 75 г/л, лейкоциты 10,0тыс., СОЭ 30мм/ч, гамма - глобулины 28,2%. Ирригоскопия: сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. ФКС - кишка</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, среднетяжелая атака 2. Осложнение - железодефицитная анемия вследствие кишечного кровотечения. 3. С болезнью Крона, Острыми кишечными инфекциями, Глистными инвазиями, паразитогами; Антибиотико-ассоциированными поражениями кишечника (псевдомембранозный колит), Раком толстой кишки; Дивертикулитом; Микроскопическими колитами; целиакией, 	ТК ГИА	УК 1, ПК2, ПК 5, ПК 6, ПК 7

	<p>спазмирована, осмотр крайне затруднен, отмечается контактная кровоточивость, на осмотренном участке прямой кишки множественные эрозии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какое осложнение возникло у больной и какова его причина? 3. С чем чаще всего приходится дифференцировать это заболевание? 4. Принципы терапии. 5. Какой лабораторный показатель коррелирует с эндоскопической активностью заболевания? 	<p>5. При среднетяжелой атаке используют суппозитори с месалазином (1 – 2 г/сут) или ректальную пену месалазина (1-2 г/сутки). <u>При неэффективности лечения</u> следует рекомендовать ректальные формы ГКС с оценкой ответа через 2 недели (суппозитории с преднизолоном 10 мг х 1-2 раза в сутки) <u>При неэффективности местного лечения</u> следует подключить пероральные формы месалазина (гранулы, таблетки, таблетки ММХ) в дозе 2,4 – 4,8 г/сут. При отсутствии эффекта показано назначение системных ГКС в дозе эквивалентной 30-40 мг преднизолон в сутки. Целесообразна комбинации стероидов с азатиоприном (АЗА), особенно в случае рецидива, требующего повторного назначения ГКС. АЗА назначается по 2 мг/кг. При неэффективности терапии – применение биологических препаратов МКАТ (Инфликсимаб, Голимумаб Адалимумаб и др.).</p> <p>6. С- реактивный белок, фекальный кальпротектин.</p>		
42.	<p>Больная 76 лет более 15 лет наблюдается с диагнозом остеоартроз. В течение последних 1,5 месяцев стала отмечать постепенно повышенную утомляемость, нарастающие боли и скованность в мышцах шеи, плечевого, тазового пояса, с трудом одевается, причесывается, температура 37,3-37,7, похудела за это время на 5 кг. При осмотре состояние средней степени тяжести, с трудом поднимает руки, встает и садится на стул из-за болей. Пассивные движения в суставах в полном объеме, безболезненные. На кистях узелки Бушара и Гебердена. Периферические лимфоузлы не пальпируются.</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ревматическая полимиалгия. 7. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (С-реактивный белок, креатинин, КФК, билирубин, трансаминазы), ревматоидный фактор, онкопоиск (УЗИ внутренних органов, Р-графия грудной клетки, ФГС, инструментальное обследование кишечника, консультация гинеколога). 8. Онкопатология, полимиозит, ревматоидный 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	<p>Вопросы:</p> <p>6. наиболее вероятный диагноз?</p> <p>7. какие лабораторные и инструментальные обследования необходимо провести?</p> <p>8. с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>9. какой системный васкулит часто развивается при данном заболевании?</p> <p>10. что составляет основу терапии?</p>	<p>артрит (полимиалгический дебют).</p> <p>9. В сочетании с ревматической полимиалгией часто встречается гигантоклеточный (височный) артериит</p> <p>10. Глюкокортикоиды в малых дозах (обычно не выше 25 мг/сут) – ожидается быстрый и полный ответ.</p>		
43.	<p>У 43-летнего больного после возвращения из ресторана ночью появились резкие боли в области большого пальца левой стопы, температура 38,3°C. При осмотре выявлена припухлость 1 плюснефалангового сустава, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к пальцу вызывает резкое усиление боли. Подобный приступ отмечался полгода назад.</p> <p>Вопросы:</p> <p>6. наиболее вероятный диагноз?</p> <p>7. каковы дополнительные методы обследования?</p> <p>8. какова тактика по купированию приступа?</p> <p>9. что порекомендуете для длительной терапии?</p> <p>10. каковы диетические рекомендации для данного больного?</p>	<p>Ответы:</p> <p>6. Подагра. Рецидивирующий подагрический моноартрит.</p> <p>7. Уровень мочевой кислоты в сыворотке (в том числе дополнительно исследовать данный показатель не ранее 4 нед. от момента приступа), креатинин сыворотки; рентгенография стоп, по возможности – УЗИ стоп, в идеале – поляризационная микроскопия суставного выпота на предмет кристаллов моноурата натрия. УЗИ почек (на предмет МКБ).</p> <p>8. Как можно более раннее назначение колхицина (1 мг, через 1 час – 0,5 мг) или НПВП или, при непереносимости выше перечисленных препаратов, глюкокортикоидов.</p> <p>9. Препаратом 1-го ряда является аллопуринол в начальной дозе 50-100 мг/сут с целевым уровнем мочевой кислоты сыворотки <360 мкмоль/л, под прикрытием колхицина (0,5-1 мг/сут) или малых доз НПВП или, при непереносимости, малых доз глюкокортикоидов (обычно около 6 мес.), в последующем продолжается прием одного аллопуринола.</p> <p>10. Отказ от приема алкоголя, уменьшение до минимума мясной и рыбной</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

		пищи, но желательны нежирное молоко или кисломолочные продукты, щелочные минводы.		
44.	<p>К терапевту обратилась пациентка 32 лет с жалобами на боли в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах II-V пальцев кистей обеих рук, усиливающиеся утром, уменьшающиеся к вечеру, утреннюю скованность около 2 часов. Больна в течение 2-х месяцев.</p> <p>Объективно: отмечается незначительная отечность и болезненность при пальпации указанных суставов, кожные покровы чистые. В анализе крови – повышение СОЭ 30 мм/ч, в анализе мочи – без патологии.</p> <p>Вопросы:</p> <p>6. Как вы охарактеризуете ритм суставного синдрома?</p> <p>7. Какой диагноз наиболее вероятен?</p> <p>8. С учетом возраста и пола, с каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?</p> <p>9. Какие методы следует обследования назначить?</p> <p>10. Нужна ли такой больной консультация ревматолога?</p>	<p>Ответы:</p> <p>6. Отчетливый воспалительный ритм.</p> <p>7. Наиболее вероятен – ревматоидный артрит (очень ранняя стадия).</p> <p>8. С учетом того, что пациентка – молодая женщина, следует исключить СКВ.</p> <p>9. Необходимо исследовать кровь на наличие ревматоидного фактора, анти-ЦЦП, уровень С-реактивного белка, сделать рентгенографию кистей и стоп. С целью дифференциального диагноза с СКВ – антинуклеарный фактор и антитела к двуспиральной ДНК. Кроме того, печеночные пробы, креатинин, желателен – маркеры вирусов гепатита В и С.</p> <p>10. Да, для окончательной постановки диагноза и назначения адекватной терапии – показана консультация ревматолога.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
45.	<p>К терапевту на приеме обратилась больная в возрасте 64 лет с жалобами на боли в обеих коленных суставах, усиливающихся к вечеру, после нагрузки на суставы. Указанные боли беспокоят в течение полугода, усилились последнюю неделю.</p> <p>Объективно в области коленных суставов отмечается небольшая припухлость, умеренный синовит обеих суставов, активные и пассивные движения в суставах слегка болезненны. Другие суставы не изменены. Анализ периферической крови – в пределах нормы.</p> <p>Вопросы:</p> <p>6. Каков суставной ритм у данной больной?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. У больной отчетливый механический (нагрузочный) ритм болей в суставах.</p> <p>2. Наиболее вероятный диагноз – остеоартроз (остеоартрит) коленных суставов, осложненный реактивным синовитом.</p> <p>3. Да, показана рентгенография коленных суставов (предпочтительнее в положении стоя). УЗИ может принести дополнительную пользу – определить толщину хряща, наличие внутрисуставного выпота и др.</p> <p>4. Да, помимо</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	<p>7. Ваша диагностическая версия?</p> <p>8. Показано ли больной проведение рентгенографии коленных суставов? Может ли принести дополнительную информацию УЗИ коленных суставов?</p> <p>9. Показаны ли НПВП системно?</p> <p>10. Следует ли сразу назначить внутрисуставные вмешательства (например, введение глюкокортикоидов)?</p>	<p>немедикаментозных рекомендаций, больной показаны НПВП системно, ввиду ярко выраженных признаков воспаления (синовит) – парацетамол и НПВП местно окажутся недостаточно эффективны.</p> <p>5. Нет, первоначально следует ограничиться обычными подходами – НПВП «по потребности» + симптом-модифицирующие препараты замедленного действия (хондроитин сульфат, глюкозамин и др.).</p>		
46.	<p>У больной 32 лет головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышка при ходьбе. Непреодолимое желание есть мел. Месячные нерегулярные, периодически бывают обильными. Бледна, волосы ломкие, ногти истончены, исчерчены. ЧСС – 84 в мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Гемоглобин 64 г/л, ЦП – 0,7, формула без патологии.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Каков наиболее вероятный диагноз?</p> <p>2. Каким биохимическим показателем следует подтвердить диагноз?</p> <p>3. Осмотр какого специалиста обязателен у данной пациентки?</p> <p>4. Препараты какой группы вы назначите больной? Каков путь введения?</p> <p>5. Оправданна ли гемотрансфузия в данной ситуации?</p>	<p>Ответы:</p> <p>6. Наиболее вероятный диагноз – хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия тяжелой степени на почве меноррагий.</p> <p>7. Следует определить уровень сывороточного железа и, желательна, ферритина (ожидается пониженный уровень).</p> <p>8. Обязателен осмотр гинеколога.</p> <p>9. Препараты железа внутрь (например, сорбифер дурулес по 1 таб. 2 раза в день).</p> <p>10. Учитывая отсутствие гемодинамических нарушений, гемотрансфузии не показаны.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
47.	<p>Больная 55 лет, вегетарианка, жалуется на головокружение, парестезии в стопах, неустойчивую походку. Употребление алкоголя отрицает. Бледна с желтушным оттенком, пальпируется мягко-эластичный край печени и нижний полюс селезенки. Гемоглобин 70 г/л, ЦП – 1,3, лейкоциты $3,2 \times 10^9$/л, тромбоциты – 126×10^9/л. Билирубин – 46 мкмоль/л (реакция – непрямая), аминотрансферазы – в норме. ФГС – атрофический гастрит.</p>	<p>Ответы:</p> <p>11. Наиболее вероятный диагноз – В12-дефицитная анемия тяжелой степени.</p> <p>12. Дифференциальный диагноз проводят с апластической анемией, фолиево-дефицитной анемией, острым лейкозом (алейкемическим вариантом).</p> <p>13. Диагноз подтверждается стеральной пункцией (ожидается мегалобластный</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. С чем следует проводить дифференциальный диагноз? 3. Как следует подтвердить диагноз? 4. Чем объясняется наличие парестезий в стопах и неустойчивая походка? 5. Какова предполагаемая тактика ведения? 	<p>тип кроветворения).</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Неустойчивая походка и парестезии объясняются поражением нервной системы на почве дефицита витамина В12 – по типу фуникулярного миелоза. 15. Назначается витамин В12 подкожно или внутримышечно (вначале ежедневно, после нормализации уровня гемоглобина – в поддерживающей дозе пожизненно 1-2 раза в месяц). 		
48.	<p>У больного 42 лет после перенесенного гриппа небольшая желтушность, тяжесть в левом подреберье, увеличена селезенка. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гемоглобин 90 г/л, эр. $3,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 5%, уровень лейкоцитов, тромбоцитов и лейкоцитарная формула – в пределах нормы, билирубин 46 мкмоль/л за счет свободного. Активность аминотрансфераз сыворотки не увеличена. Реакция на гемосидерин в моче отрицательная. Прямая проба Кумбса +++.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? Подтвердите имеющимися лабораторными данными. 2. Первичный или вторичный характер носит анемия у данного больного? Как это доказать? 3. Какой вывод позволяет сделать отрицательная реакция на гемосидерин в моче у данного больного? 4. Что является препаратом первого ряда в данной ситуации? 5. В каком случае следует обсудить целесообразность脾эктомии? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Аутоиммунная гемолитическая анемия. В пользу этого свидетельствуют: ретикулоцитоз до 5%, повышение уровня свободного билирубина, положительная проба Кумбса. 12. Анемия, скорее всего, носит первичный (идиопатический) характер. Однако следует исключить ее вторичный генез (на почве иного аутоиммунного заболевания, например, дебюта СКВ, а также лимфопролиферативного заболевания – например, лимфомы). Целесообразно исследовать кровь на наличие антиядерных антител, антител к ДНК, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки (на предмет лимфаденопатии). 13. Отрицательная реакция на гемосидерин в моче позволяет исключить внутрисосудистый гемолиз (у больного гемолиз носит внутриклеточный характер). 14. Препараты первого ряда – глюкокортикоиды. 15. Вопрос о脾эктомии решается в случае рецидива заболевания после отмены глюкокортикоидов. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

49.	<p>У больного 37 лет на фоне высокоактивного серопозитивного ревматоидного артрита 3-летней давности начала регистрироваться анемия – до 108 г/л. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЦП – 1,0; ретикулоциты – 0,3%; нормоцитоз, лейкоциты – $5,3 \times 10^{12}/л$, формула – без особенностей, тромбоциты – $212 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 48 мм/ч. Сывороточное железо – 20 мкмоль/л. Кал на скрытую кровь – отрицателен. По УЗИ печень, селезенка – не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. К какому типу анемий по уровню ЦП относится данный случай? 2. Как вы расцените данный тип анемии? 3. Что противоречит диагнозу железодефицитной анемии? 4. Какой уровень ферритина ожидается у данного больного? 5. Подходы к терапии. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Нормохромная. 12. Анемия хронического заболевания (на фоне ревматоидного артрита). 13. Нормальный уровень сывороточного железа. 14. Нормальный или слегка повышенный. 15. Лечение основного заболевания (с достижением ремиссии). 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
50.	<p>При профосмотре у больного 58 лет в анализе периферической крови выявлены следующие показатели: эритроциты $6,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 201 г/л, ЦП=1,0, тромбоциты $546,2 \times 10^9/л$, лейкоциты $12,2 \times 10^9/л$, формула: метамиелоциты – 2%, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные нейтрофилы 65 %, лимфоциты 20 %, моноциты 4 %, эозинофилы 2 %, СОЭ 2 мм.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Ваша диагностическая версия? 12. Характерно ли для данных больных увеличение лимфоузлов? 13. Что вы ожидаете увидеть по данным УЗИ печени, селезенки? 14. Как у подобных больных меняется уровень эритропоэтина сыворотки? 15. Как меняется у подобных больных риск кардиоваскулярных осложнений? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Наиболее вероятный диагноз – эритремия (истинная полицитемия). В пользу этого свидетельствуют повышенный уровень эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, низкий показатель СОЭ. 7. Нет, заболевание относится к миелопролиферативным, для которых увеличение лимфоузлов нехарактерно. 8. Ожидается наличие гепато- и спленомегалии. 9. Для истинной полицитемии характерно снижение уровня эритропоэтина. 10. У больных с полицитемией увеличивается риск тромботических осложнений (по причине повышенной вязкости крови и гипертромбоцитоза). 	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

