федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ТЕРАПИЯ**

по специальности

31.08.48 Скорая медицинская помощь

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – ординатуры по направлению подготовки (специальности) *31.08.48 Скорая медицинская помощь*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ПК-5**: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

**ПК-6**: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Тема 1. Хроническая ишемическая болезнь сердца: принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения.**

**Формы текущего контроля успеваемости***: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Главной причиной ишемической болезни сердца является:

спазм коронарной артерии

внутрисосудистый тромбоз

+атеросклероз коронарных артерий

эндотелиальная дисфункция

коронариит

2. Диагноз стабильной стенокардии устанавливается при продолжительности заболевания более:

1 суток

1 недели

+1 месяца

6 месяцев

1 года

3. Наличие приступов стенокардии покоя характерно для следующего функционального класса стабильной стенокардии:

I

II

III

+IV

нет верного ответа

4. В диагностике безболевой ишемии миокарда большее значение имеют результаты:

ЭКГ в покое

эхокардиографии

+нагрузочных проб

вентрикулографии

допплерографии

5. При вазоспастической стенокардии на ЭКГ во время приступа регистрируется:

+подъем сегмента ST

депрессия сегмента ST

сглаженность зубца Т

инверсия зубца Т

появление волны U

6. Диагностические мероприятия при подозрении на стабильную ИБС включают:

регистрацию ЭКГ в покое

регистрацию ЭКГ во время приступа или сразу после него

амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на пароксизмальную тахикардию

амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на вазоспастическую стенокардию

+все перечисленное

7. Предтестовая (априорная) вероятность диагноза хронической (стабильной) ИБС зависит от:

пола и возраста

пола и клиники заболевания

+пола, возраста и клиники заболевания

возраста и длительности течения заболевания

возраста, пола и длительности течения заболевания

8. Целью проведения стратификации риска больных хронической (стабильной) ИБС является:

определение необходимости взятия под диспансерное наблюдение

установление группы инвалидности

определение показаний к госпитализации

+определение показаний для коронароангиографии и реваскуляризации

все перечисленное верно

9. К препаратам, улучшающим прогноз больных стабильной стенокардией относятся все, за исключением:

+бета-блокаторы

статины

ацетилсалициловая кислота

клопидогрел

ингибиторы АПФ

10. К препаратам, уменьшающим симптомы заболевания у больных стабильной стенокардией относятся все, за исключением:

бета-блокаторы

нитраты

+ингибиторы АПФ

никорандил

антагонисты кальция

11. К ЧСС-урежающим препаратам относятся все, за исключением:

бисопролол

+ранолазин

верапамил

дилтиазем

ивабрадин

12. К рациональным комбинациям антиангинальных препаратов относятся все, за исключением

бета-блокаторы+дигидропиридиновые антагонисты кальция

+бета-блокаторы+недигидропиридиновые антагонисты кальция

бета-блокаторы+триметазидин

бета-блокаторы+нитраты

бета-блокаторы+никорандил

13. Острый коронарный синдром - это:

группа клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда

группа клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию

+группа клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию

повышение биомаркеров некроза миокарда в сочетании с ангинозной болью

патологоанатомический диагноз

14. При ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ может быть:

стойкая депрессия сегмента ST

преходящая депрессия сегмента ST

инверсия зубца Т

сглаженность зубца Т

+все перечисленное

15. Нормальная ЭКГ при симптомах острого коронарного синдрома

+не исключает ОКС

исключает ОКС

исключает ОКС при нормальном уровне тропонинов

исключает ОКС при нормальном уровне МВ-КФК

исключает ОКС при сопутствующем сахарном диабете

16. После перенесенного инфаркта миокарда из перечисленного улучшают прогноз:

нитраты

никорандил

+бета-блокаторы

антагонисты кальция

все ответы верные

17. К клиническим признакам хронической сердечной недостаточности может относится все, за исключением

одышка

тахикардия

утомляемость

влажные хрипы в легких

+отек одной голени

18. Параметром эхокардиографии, свидетельствующий о глобальной систолической функции левого желудочка является:

КДР ЛЖ

КДО ЛЖ

КСР ЛЖ

КСО ЛЖ

+ФВ ЛЖ

19. Больным I ФК ХСН и бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ показано назначение:

диуретиков

сердечных гликозидов

нитратов

антагонистов кальция

+ингибиторов АПФ

20. Назначение ингибиторов АПФ противопоказано при:

хронической обструктивной болезни легких

рецидивирующей крапивнице

стеатозе печени

в пожилом возрасте

+при беременности

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза ИБС и/или ХСН.

2. Провести диагностику ИБС, ХСН на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты длительной регистрации ЭКГ.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография).

7. Оценить результаты функциональных стресс-проб (стресс-ЭКГ пробы, методы стресс-визуализации).

8. Оценить результаты рентгенологических и ангиографических методов исследования (рентгенография, КТ, МРТ органов грудной клетки, коронароангиография).

9. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ИБС, ХСН

10. Провести стратификацию риска у пациента с ИБС.

11. Назначить лечение больному ИБС в зависимости от классификационной формы заболевания.

12. Назначить лечение больному с ХСН.

13. Определить показания к реваскуляризации миокарда.

14. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

**Тема 2.** **Артериальные гипертензии: принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения.**

**Формы текущего контроля успеваемости***: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета риск стратифицируется по шкале:

CRUSADE

+SCORE

CHA2DS2-VASc

HAS-BLED

ШОКС

2. К факторам риска, влияющим на прогноз больных АГ, относятся все, за исключением

возраст

курение

абдоминальное ожирение

+стресс

мужской пол

3. У больных АГ и ИБС риск

+очень высокий

высокий

средний

низкий

не определяется

4. Пациенты с 10-летним риском сердечно-сосудистой смерти по шкале SCORE 8% относятся к категории:

очень высокого риска

+высокого риска, при отсутствии других критериев более высокого риска

среднего риска, при отсутствии других критериев более высокого риска

низкого риска, при отсутствии других критериев более высокого риска

нет правильного ответа

5. Пациенты с высокими нормальными цифрами АД (САД 130-139 или ДАД 85-89 мм рт.ст.) и страдающие сахарным диабетом с поражением органов-мишеней относятся к категории

+очень высокого риска

высокого риска

среднего риска

низкого риска

нет правильного ответа

6. Пациенты с АГ 1 степени (САД 140-159 или ДАД 90-99 мм рт.ст.) без других факторов риска имеют общий сердечно-сосудистый риск:

очень высокий

высокий

средний

+низкий

средний и высокий

7. Пациенты с АГ 3 степени (САД ≥ 180 или ДАД ≥ 110 мм рт.ст.) без других факторов риска имеют общий сердечно-сосудистый риск:

очень высокий

+высокий

средний

низкий

средний и высокий

8. Пациентам с высокими нормальными цифрами АД (САД 130-139 или ДАД 85-89 мм рт.ст.) без других факторов риска рекомендуется:

+коррекция АД не требуется

изменить образ жизни, коррекция АД не требуется

изменить образ жизни в течение нескольких месяцев, назначить антигипертензивную фармакотерапию, если целевой уровень АД не достигнут

изменить образ жизни в течение нескольких недель, назначить антигипертензивную фармакотерапию, если целевой уровень АД не достигнут

изменить образ жизни и назначить антигипертензивную фармакотерапию

9. Пациентам с АГ 1 степени (САД 140-159 или ДАД 90-99 мм рт.ст.) с поражением органов-мишеней рекомендуется:

коррекция АД не требуется

изменить образ жизни, коррекция АД не требуется

изменить образ жизни в течение нескольких месяцев, назначить антигипертензивную фармакотерапию, если целевой уровень АД не достигнут

изменить образ жизни в течение нескольких недель, назначить антигипертензивную фармакотерапию, если целевой уровень АД не достигнут

+изменить образ жизни и назначить антигипертензивную фармакотерапию

10. К рациональным комбинациям антигипертензивных средств относятся все, за исключением:

иАПФ+диуретик

БРА+диуретик

иАПФ+антагонист кальция

БРА+антагонист кальция

+иАПФ+БРА

11. Вторичная АГ:

появление АГ вторично по времени с иной патологией

появление АГ у больных старше 50 лет

+причиной повышения АД является поражение различных органов и систем, а АГ – лишь один из симптомов заболевания

АГ во втором поколении в семье

ни одна из приведенных выше ситуаций

12. Вторичная АГ выявляется с частотой

менее 1%

1–5%

+5–25%

25–50%

более 50%

13. При вторичной АГ, обусловленной хроническим пиелонефритом, в первую очередь нарушается:

почечный плазматок

клубочковая фильтрация

+канальцевая реабсорбция

все приведенное выше

ничего из приведенного выше

14. Самая частая причина вазоренальной (реноваскулярной) АГ у мужчин:

фибромускулярная дисплазия почечных артерий

+атеросклероз почечных артерий

неспецифический аорто–артериит

ни одна из причин, приведенных ниже

одинаково часто в приведенных ситуациях

15. Не является вторичной АГ эндокринного генеза:

+перименопаузальная АГ

АГ у больных СД

АГ при акромегалии

АГ при аутоиммунном тиреоидите

АГ у больных гиперпаратиреозом

16. Нефротический синдром в дебюте АГ скорее всего указывает на:

вторичную АГ эндокринного генеза

+вторичную нефрогенную АГ

реноваскулярную АГ

первичную АГ, осложненную ХСН

нет правильного ответа

17. «Золотой стандарт» диагностики реноваскулярной АГ:

УЗИ почек и сосудов

экскреторная урография

МРТ органов мочевой системы

+ангиография почечных сосудов

нет правильного ответа

18. При дифференциальной диагностике ГБ и гипертонической формы гломерулонефрита решающее значение имеют:

результаты анализов мочи

концентрация креатинина крови

данные УЗИ органов мочевыведения

+результаты нефробиопсии

анамнестические сведения

19. По классификации офисного артериального давления к оптимальному относится систолическое артериальной давление:

 < 100 мм рт. ст.

< 110 мм.рт.ст.

+< 120 мм рт.ст.

< 130 мм рт.ст.

< 140 мм рт. ст.

20. По классификации офисного артериального давления к нормальному относится систолическое артериальной давление:

 < 100 мм рт. ст.

< 110 мм.рт.ст.

< 120 мм рт.ст.

+120-129 мм рт.ст.

130-139 мм рт. ст.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза артериальной гипертензии (АГ).

2. Провести диагностику АГ на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза, функциональных проб почек, гормональных исследований крови.

4. Выполнить регистрацию и/или описание электрокардиограммы.

5. Оценить результаты длительной регистрации артериального давления (АД).

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы (эхокардиография, допплерография, дуплексное исследование сосудов).

7. Оценить результаты рентгенологических и ангиографических методов исследования (рентгенография, КТ, МРТ органов грудной клетки, аортография, ангиопульмонография).

8. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ГБ и симптоматических артериальных гипертензий, ЛГ и вторичных легочных гипертензий.

9. Провести стратификацию риска у пациента с АГ.

10. Назначить лечение больному АГ в зависимости от классификационной формы заболевания.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

**Тема 3. Обструктивные болезни легких.**

**Формы текущего контроля успеваемости***: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Хронический бронхит это:

+хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся продуктивным кашлем, продолжающемся не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд

хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся продуктивным кашлем, продолжающемся не менее 2 месяцев в году в течение 2 лет подряд

хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся одышкой, продолжающемся не менее 1 месяцев в году в течение 1 года

хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся повышением температуры до 39

ничего из перечисленного

2. Факторами риска развития и обострения хронического бронхита могут быть:

наличие вредных привычек (курение),

воздействие физических и химических факторов (вдыхание пыли, дыма, окиси углерода, сернистого ангидрида, окислов азота и других химических соединений),

климатические факторы (сырой и холодный климат)

+все перечисленное верно

ничего из перечисленного

3. К основным жалобам при обострении хронического бронхита не относится:

начало хронического бронхита постепенное: утренний кашель с отделением слизистой мокроты, который постепенно начинает беспокоить в течение суток, усиливаясь в холодную и сырую погоду, с годами становится постоянным

мокрота слизистая, в периоды обострения – слизисто-гнойная или гнойная

+мокрота с прожилками крови

в периоды обострения появляется и прогрессирует одышка

в периоды обострения могут возникать озноб, субфебрильная температура;

4. Показанием для госпитализации не является

появление признаков дыхательной недостаточности;

наличие признаков пневмонии;

отсутствие эффекта от терапии, необходимость проведения дифференциальной диагностики;

обострение серьезных сопутствующих заболеваний с признаками функциональной недостаточности (сердечно-сосудистая, почечная патологии и др.)

+субфебрилитет

5. Цели лечения при бронхитах:

ликвидация воспалительного процесса в бронхах

купирование симптомов дыхательной недостаточности

облегчение тяжести и снижение продолжительности кашля

устранение симптомов интоксикации, улучшение самочувствия

+все перечисленное верно

6. Осложнениями хронического бронхита могут быть:

эмфизема легких.

кровохарканье.

дыхательная недостаточность

хроническое легочное сердце

+всё перечисленное верно

7. Этиотропное лечение хронического бронхита в период обострения не включает в себя:

«защищённые» пенициллины

макролиды

респираторные фторхинолоны

+тетрациклины

всё перечисленное не верно

8. При ХОБЛ отношение ОФВ1/ФЖЕЛ составляет

100%

< 100%

< 90%

< 80%

+< 70%

9. При ХОБЛ увеличение ОФВ1 после теста с бронходилататорами составляет:

12%

+< 12%

12%

15 %

25%

10. Для бронхитической формы ХОБЛ не характерно:

+Выраженная гиперинфляция легких

Диффузный цианоз

Диффузный пневмосклероз

Избыточная масса тела

Признаки прогрессирующей ДН и ХСН

11. Для эмфизематозной формы ХОБЛ нехарактерно:

+Выраженная гиперинфляция легких

Диффузный цианоз

Диффузный пневмосклероз

Избыточная масса тела

Признаки прогрессирующей ДН и ХСН

12. Преимуществом ингаляционного пути введения лекарственных препаратов не является:

Поступление лекарственного вещества непосредственно в пораженный орган;

Создание высокой концентрации препарата в дыхательных путях;

Немедленное наступление эффекта;

Минимум побочных эффектов

+Максимум побочных эффектов

13. Начальная тактика лекарственного лечения ХОБЛ у пациентов категории В является

КДАХЭ по потребности или КДБА по потребности

+ДДАХЭ или ДДБА

ИГКС, ДДБА и ДДАХЭ

ИГКС, ДДБА и ДДАХЭ

ДДАХЭ и ИФДЭ-4

14. К основным критериям обострения ХОБЛ не относится

Усиление одышки

Увеличение объема мокроты

Увеличение «гнойности» мокроты

+Инфекция ВДП в течение 5 последних дней

Ничего из перечисленного

15. Бронхиальная гиперреактивность это:

+Функциональное нарушение, характерное только для БА

Органическое нарушение, характерное только для БА

Функциональное нарушение, характерное не только для БА

Функциональное нарушение, характерное только для ХОБЛ

Функциональное нарушение, характерное только для саркоидоза

16. Клиническим проявлением БА не является

Эпизоды одышки

Свистящие хрипы

+Кашель в ночное время и утренние часы

Кашель в течение дня

Появление симптомов только после контакта с аллергенами

17. Для контролируемой БА не характерно:

Дневные симптомы не чаще 2 раз в неделю

+Дневные симптомы чаще 2 раз в неделю

Отсутствие любых ночных пробуждения из-за БА

Потребность в препаратах скорой помощи не чаще 2 раз в неделю

Отсутствие любых ограничений активности

18. Для интермитирующей БА не характерно

Симптомы реже 1 раза в неделю

+Требуется ежедневный прием β2-агонистов короткого действия

Обострения кратковременные

Ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц

Нет правильного ответа

19. Для персистирующей БА тяжелой степени не характерно

Симптомы ежедневно

+Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день

Частые обострения

Частые ночные симптомы БА

Ограничение физической активности

20. При бронхиальной астме, в отличие от ХОБЛ:

+кашель и одышка приступообразные

кашель и одышка постоянные

кашель постоянный, одышка – приступообразная

кашель – приступами, одышка – постоянная

характер кашля и одышки не играют роли в дифференциальной диагностике бронхиальной астмы и ХОБЛ

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза бронхиальной астмы (БА), хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

2. Провести диагностику БА, ХОБЛ на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, анализа мокроты, в т.ч. бактериологического.

4. Оценить результаты функциональных методов исследования (спирография, пневмотахометрия, пульсоксиметрия, газовый состав крови).

5. Оценить результаты функциональных проб (пробы с бронходилататорами).

6. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику ХОБЛ, БА.

8. Провести стратификацию риска у пациента с ХОБЛ, БА.

9. Назначить лечение больному ХОБЛ, БА.

10. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

**Тема 4. Пневмония.**

**Формы текущего контроля успеваемости***: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является:

+Пневомкокк

Хламидия, микоплазма

Клебсиелла

Стафилококк

Все перечисленное верно

2. Возбудителем атипичной пневмонии является:

Пневомкокк

+Хламидия, микоплазма

Клебсиелла

Стафилококк

Все перечисленное верно

3. Укажите, почему не всегда возможно определение возбудителя пневмонии

Отсутствие мокроты

Неправильность забора материала

Погрешность в проведении микробиологического исследования

+Прием антибактериальных препаратов до обращения к врачу

Все перечисленное верно

4. Что соответствует затяжному течению пневмонии

Полное купирование и клинических и рентгенологических признаков пневмонии за 4 недели

+Купирование клинических признаков пневмонии за 4 недели, при этом рентгенологические изменения могут сохраняться до 1-2 месяцев

Полное купирование и клинических и рентгенологических признаков пневмонии за 2 недели

Полное купирование и клинических и рентгенологических признаков пневмонии за 10 дней

Полное купирование и клинических и рентгенологических признаков пневмонии за 5 – 7 дней

5. Что соответствует термину «Внебольничная пневмония»

+Острое заболевание, возникающее во внебольничных условиях, или вне стационара или позднее 4-х недель после выписки из него, либо диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/ отделениях длительного наблюдения ≥14 суток)

диагностированное с 3-их суток пребывания в стационаре

доказанная связь с фактом аспирации

все перечисленное верно

ничего из перечисленного

6. Ранняя нозокомиальная пневмония это

+пневмония, возникающая на 3, 4 день госпитализации, для которой характерны возбудители, чувствительные к традиционно используемым АБ

пневмония, развивающаяся не ранее 5-го дня после госпитализации, которая характеризуется высоким риском наличия полирезистентных бактерий и менее благоприятным прогнозом

пневмония, связанная с аспирацией

пневмония, вызванная пнемоцистой

верно a, c, d

7. Поздняя нозокомиальная пневмония это

пневмония, возникающая в течение первых 5 дней с момента госпитализации, для которой характерны возбудители, чувствительные к традиционно используемым АБ

+пневмония, развивающаяся не ранее 5-го дня после госпитализации, которая характеризуется высоким риском наличия полирезистентных бактерий и менее благоприятным прогнозом

пневмония, связанная с аспирацией

пневмония, вызванная пнемоцистой

верно a, c, d

8. Для улучшения прогноза пациента с пневмонией антибактериальная терапии должна быть начата

В первые 2 часа с момента установления диагноза

+В первые 4 часа с момента установления диагноза

В первые 24 часа с момента установления диагноза

В первые 48 часа с момента установления диагноза

Время назначения антибактериальной терапии значения для улучшения прогноза не имеет

9. Шкала CURB-65, используемая для оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения при внебольничной пневмонии, предполагает оценку

20 клинико-лабораторных показателей

10 клинико-лабораторных показателей

+5 клинико-лабораторных показателей

4 клинико-лабораторных показателей

4 клинических показателей

10. Шкала CRB-65, используемая для оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения при внебольничной пневмонии, предполагает оценку

20 клинико-лабораторных показателей

10 клинико-лабораторных показателей

5 клинико-лабораторных показателей

+4 клинико-лабораторных показателей

4 клинических показателей

11. К антибактериальным препаратам с бактерицидным механизмом действия относятся все перечисленные кроме:

пенициллины

цефалоспорины

+макролиды

карбапенемы

ничего из перечисленного

12. К «большим» критериям тяжелой внебольничной пневмонии не относится

ЧДД >30/мин

Мультилобарная инфильтрация

Нарушение сознания

Уремия (остаточный азот мочевины ≥ 20 мг/дл)

+Ничего из перечисленного

13. К факторам риска затяжного течения не относится:

+возраст младше 45 лет;

алкоголизм;

наличие сопутствующих инвалидизирующих заболеваний внутренних органов (ХОБЛ, застойная сердечная недостаточность, почечная недостаточность, злокачественные новообразования, сахарный диабет и др.)

тяжелое течение ВП

мультилобарная инфильтрация

14. После перенесенной пневмонии для выявления осложнений на начальной стадии их развития врач должен проводить обследование пациента с частотой:

ежемесячно

+1 раз в 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

ничего из перечисленного

все перечисленное верно

15. Крепитация характерна для:

эмфиземы легких;

абсцесса легких;

+ крупозной пневмонии;

бронхиальной астмы;

застоя крови в малом круге кровообращения.

16. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:

притуплённый тимпанит;

коробочный;

тимпанический;

 +тупой;

металлический.

17. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся: 1.легочный протеиноз; 2. туберкулез; 3. бронхиальная астма; 4. пневмония.

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

**+если правильный ответ 3;**

если правильный ответ 1,2,3 и 4;

18. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно: 1. возникновение вслед за обострением бронхита; 2. частое отсутствие локальной физикальной симптоматики; 3. поражение нескольких сегментов в глубине легкого; 4. склонность к затяжному течению и рецидивам.

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4.

19. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить:
1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов; 2. сухие хрипы;
3. крупнопузырчатые влажные хрипы; 4. мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы.

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4.

20. Диагноз пневмонии устанавливается на основании: 1. клинических симптомов заболевания; 2. данных физикального исследования; 3. результатов рентгенологического исследования легких; 4. показателей лабораторных анализов.

+если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильный ответ 1,2,3 и 4.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза пневмонии.

2. Провести диагностику пневмонии на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, анализа мокроты, в т.ч. бактериологического.

4. Оценить результаты функциональных методов исследования (спирография, пневмотахометрия, пульсоксиметрия, газовый состав крови).

5. Оценить результаты рентгенологических методов исследования органов грудной клетки.

6. Оценить результаты эндоскопических методов исследования бронхолегочной системы.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику пневмонии.

8. Провести стратификацию риска у пациента с пневмонией.

9. Назначить лечение больному пневмонией.

10. Определить показания к проведению реабилитационных мероприятий.

11. Оценить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

12. Разработать план диспансерного наблюдения.

**Тема 5. Эрозивно-язвенные заболевания желудочно-кишечного тракта.**

**Формы текущего контроля успеваемости***: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Критерием синдрома боли в эпигастральной области не является:

боль или жжение в подложечной области средней или высокой интенсивности не реже 1 раза в неделю

дефекация или отхождение газов не приносят облегчения

+чувство быстрого насыщения, которое не даёт возможности завершить приём пищи, возникающее не реже нескольких раз в неделю

отсутствие признаков дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди

всё перечисленное не верно

2. Метод диагностики Helicobacter pillory который не должен применяться с целью контроля эрадикации:

эндоскопический уреазный тест

дыхательный уреазный тест

морфологический метод

+серологический метод определения антител к Helicobacter pilory

определение антигена Helicobacter pillory в кале

3. Основная группа препаратов для лечения постпрандиального дистресс-синдрома:

ингибиторы протонной помпы

блокаторы Н2 гистаминовых рецепторов

+прокинетики

спазмолитики

антациды

4. Основная группа препаратов для лечения синдрома боли в эпигастральной области:

+ингибиторы протонной помпы

блокаторы Н2 гистаминовых рецепторов

прокинетики

спазмолитики

антациды

5. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки отличается:

более упорным, нежели желудка, течением

преимущественным развитием у женщин

сниженной моторикой желудка

меньшей распространенностью, по сравнению с язвенной болезнью желудка

+повышeнным тонусом блуждающих нервов

6. Для язвенной болезни желудка характерно:

+прeимущественное развитие в старшей возрастной группе

преобладание наследственной предрасположенности к развитию заболевания

отсутствие обратной диффузии водородных ионов в слизистой желудка

преобладание больных с возбудимым типом желудочной секреции

резкое нарушением ощелачивающей функции антрального отдела

7. Из перечисленных выше этиологических факторов язвенной болезни с наибольшей достоверностью установлено значение:

+H. pylori

гeнетического фактора

алиментарного воздействия

вредных привычек

нервно-психических влияний

лекарственных веществ

8. Из представленных выше положений невреным является утверждение, что:

развитие язвы связано с кислотно-пептическим фактором

в основе образования язвы лежит нарушение трофики

язвы образуются в местах контакта слизистой оболочки с соляной кислотой

+при утратe желудком способности к кислотообразованию язвы не образуются

Hеliсоbaсtеr pylоry является одной из основных причин развития язвы

9. Для болевого синдрома при дуоденальной язвы не характерно:

дневной ритм

связь с приемом пищи

+раннeе (спустя 15-30 минут) появление после еды

ночные боли

голодные боли

10. У больного 26 лет в течение 2 лет приступообразные боли в правой подвздошной области, понос с примесью крови, узловатая эритема, гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 40 мм/час. Наиболее вероятный диагноз:

+болезнь Крона (терминальный илеит)

хронический аппендицит

неспецифический язвенный колит

болезнь Уиппла

целиакия

11. При рентгеновском исследовании кишечника подтвердить диагноз болезни Крона позволяют следующие изменения: 1. неравномерное сужение просвета кишки с четкими границами поражения 2. утолщение складок слизистой оболочки 3. картина булыжной мостовой 4. Псевдодивертикулы 5. участки сужения просвета кишки Выбрать правильный ответ по схеме:

если правильны ответы 1,2 и 3

если правильны ответы 1 и 2

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3,4 и 5

12. Назовите симптомы клинической картины болезни Крона: а) диспепсические расстройства; б) боль в животе; в) повышение температуры; г) наличие инфильтрата при пальпации живота; д) наличие свищей; е) напряжение мышц переднем брюшной стенки.

+а, б, в, д

б, в, г, д

в, г, д, е

всё перечисленное верно

всё перечисленное не верно

13. Укажите методы лечения при болезни Крона: а) диета; б) стероидные гормоны; в) препараты сульфасалазинозого ряда; г) рентгенотерапия; д) иммунодепрессанты; е) парентеральное питание; ж) гемосорбция

а, б, ж

+б, в, д

б, в, г, д

б, в, д, е

всё перечисленное верно

14. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона.

 если правильны ответы 1, 2 и 3;

 если правильны ответы 1 и 3;

 если правильны ответы 2 и 4;

 если правильный ответ 4;

 +если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

16. Колоноскопия позволяет выявить: 1. неспецифический язвенный колит; 2. рак толстой кишки; 3. толстокишечные варианты болезни Крона; 4. дивертикулез толстой кишки.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

17. Спазмолитиком, наиболее показанном при синдроме раздражённого кишечника является: 1. дицетел; 2. дротаверин; 3. бускопан; 4. платифиллин.

+если правильный ответ 1;

 если правильны ответы 1 и 3;

 если правильны ответы 2 и 4;

 если правильный ответ 4;

 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Обострение неспецифического язвенного колита может быть связано с: 1. прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином; 2. беременностью; 3. нарушением диеты; 4. интеркуррентной инфекцией.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются: 1. кишечные кровотечения; 2. боли в животе; 3. поносы; 4. перианальные абсцессы.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:

увеличение диаметра кишки;

множественные гаустрации;

картина "булыжной мостовой";

мешковидные выпячивания по контуру кишки;

+изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления заболевания желудочно-кишечного тракта.

2. Провести диагностику заболеваний на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, иммунологических исследований, анализов кала.

4. Оценить результаты эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта.

5. Оценить данные ультразвуковых методов исследования желудочно-кишечного тракта.

6. Оценить данные рентгенологических методов исследования органов брюшной полости.

7. Оценить результаты исследования на диагностику Helicobacter pillory.

8. Определить показания для проведения биопсии.

9. Оценить результаты исследования биоптатов.

10. Провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний пищевода, желудка и 12-персной кишки, неспецифического язвенного колита, болезни Крона.

11. Назначить лечение в зависимости от нозологической патологии.

12. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

**Тема 6. Нефритический и нефротический синдромы.**

**Формы текущего контроля успеваемости***: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Гломеролнефриты определяются как:

+группа морфологически разнородных иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани

группа морфологически однородных иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани

группа инфекционных заболеваний почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани

группа иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани

группа инфекционных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков

2. В клиника остронефритического синдрома:

отеки

олигоурия

повышение АД

протеинурия

+все перечисленное

3. В общем анализе мочи при остронефритическом синдроме может быть все, за исключением:

протеинурия

гематурия

цилиндрурия

лейкоцитурия

+бактериурия

4. Наиболее верный подход в патогенетической терапии нефрита основан на:

анализах мочи

анализах крови

скорости клубочковой фильтрации

ультразвуковой картине почек

+морфологической картине почечного биоптата

5. Клинические признаки активности нефрита:

нарастание протеинурии

нарастание гематурии

резкое повышение АД

падение почечных функций с нарастанием азотемии в короткое время

+все перечисленное

6. 4-х компонентная схема лечения нефрита:

норэпинефрин, цитостатики, аспирин, дипиридамол

глюкокортикоиды, цитостатики, гепарин, аспирин

глюкокортикоиды, препараты золота, гепарин, дипиридамол

цитостатики, L-тироксин, гепарин, дипиридамол

+глюкокортикоиды, цитостатики, гепарин, дипиридамол

7. Острый постстрептококковый гломерулонефрит по морфологической картине

+острый диффузный пролиферативный гломерулонефрит

хронический диффузный пролиферативный гломерулонефрит

острый очаговый пролиферативный гломерулонефрит

хронический очаговый пролиферативный гломерулонефрит

все перечисленное верно

8. Острый постстрептококковый гломерулонефрит наиболее часто встречается:

у новорожденных

+у детей

у взрослых

у пожилых

у беременных

9. Острый постстрептококковый гломерулонефрит встречается после инфекций, вызванных:

+нефритогенными штаммами стрептококка группы А

кишечной палочкой

золотистым стафилококком

эпидермальным стафилококком

все перечисленное верно

10. Длительность латентного периода острого постстрептококкового гломерулонефрита после фарингита:

1-2 дня

+1-3 недели

1-3 месяца

3-6 месяцев

6-12 месяцев

11. Отеки при остром постстрептококковом гломерулонефрите у взрослых чаще наблюдаются:

генерализованные

+на лице и лодыжках

на ногах

на верхней половине туловища

в поясничной области

12. В дифференциальной диагностике острого постстрептококкового гломерулонефрита от других форм нефрита играет значение:

степень гематурии

степень протеинурии

степень повышения АД

выраженность отечного синдрома

+документальное подтверждение предшествующей стрептококковой инфекции

13. Наиболее частая причина хронического тубулоинтерстициального нефрита:

+хроническое лекарственное воздействие

бактериальное воздействие

мочекаменная болезнь

длительное токсическое воздействие

неясного генеза

14. Лекарства, способные вызвать интерстициальный нефрит:

НПВС, анальгетики

антибиотики

диуретики

антисекреторные препараты

+все перечисленное

15. Клиническая картина хронического тубулоинтерстициального нефрита состоит из синдромов:

гипертензивного

мочевого

почечной дисфункции

+всех перечисленных

ничего из перечисленного

16. Нефротический синдром сопровождается:

протеинурией

гипоальбуминемией

отеками

гиперлипидемией

+все перечисленное верно

17. Основными причинами нефротического синдрома являются:

сахарный диабет

гломерулонефрит

амилоидоз

системные заболевания соединительной ткани

+все перечисленное верно

18. Альбуминурия и гипопротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

+острого гломерулонефрита;

пиелонефрита;

почечно-каменной болезни;

цистита;

нефроптоза.

19. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

соблюдать строгую диету с исключением соли;

ограничить физическую активность;

+исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);

ограничить употребление белковой пищи;

ограничить употребление растительной пищи.

20. Определение активности хронического гломерулонефрита необходимо для:

+назначения патогенетической терапии;

оценки прогноза заболевания;

установления клинической формы заболевания;

оценки функционального состояния почек;

назначения антибактериальной терапии.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для диагностики заболевания почек.

2. Провести диагностику почечной патологии на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, электролитного обмена, методов исследования системы гемостаза.

4. Оценить результатов проб Нечипоренко, Зимницкого, провокационных.

5. Оценить функциональную способность почек по расчету СКФ и другим параметрам.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования мочевыделительной системы.

7. Оценить результаты рентгенологических методов исследования (урография).

8. Определить показания для проведения биопсии почек.

9. Оценить результаты исследования почечных биоптатов.

10. Провести диагностику и дифференциальную диагностику нефритов и нефропатий.

11. Определить тактику ведения пациента с нефритом.

12. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

**Тема 7. Сахарный диабет.**

**Формы текущего контроля успеваемости***: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. К факторам риска по диабету относится: а)наследственная предрасположенность к сахарному диабету; б) патологическая беременность (крупный мертворожденный плод, спонтанные выкидыши); в) гипертоническая болезнь; г) ожирение; д) дети, рожденные с массой тела до 4 кг

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

2. Абсолютная недостаточность инсулина может быть обусловлена: а) опухолью поджелудочной железы; б) острым панкреатитом; в) гемохроматозом; г) аутоиммунным поражением поджелудочной железы; д) внепанкреатическими факторами

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 5;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

3. Патогенез сахарного диабета 2 типа обусловлен: а) деструкцией -клеток; б) нарушением рецепторного аппарата -клеток; в) гормональными антагонистами инсулина; г) негормональными антагонистами инсулина; д) снижением количества рецепторов к инсулину

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 2,3,4 и 5;

4. Иммунологические изменения при сахарном диабете 1 типа характеризуются: а) наличием антител к клеткам панкреатических островков; б) сочетанием диабета с другими аутоиммунными заболеваниями; в) наличием "инсулитов"; г) сочетанием с антигенами системы HLA: В8, DR3, DR4; д) отсутствием образования антител к антигенам островков поджелудочной железы

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4;

5. В патогенезе сахарного диабета 2 типа играют роль гормональные антагонисты инсулина: а) гормон роста; адренокортикотропный гормон; в) андрогены; г) глюкокортикоиды; д) глюкагон

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 4;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,4 и 5

6. Нарушение жирового обмена при сахарном диабете характеризуется: а) гиперлипидемией; б) жировой инфильтрацией печени; в) гиперкетонемией и кетонурией; г) гиперхолестеринемией; д) снижением уровня билирубина

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

7. Нарушение белкового обмена при сахарном диабете характеризуется: а) снижением синтеза белка б) увеличением гликонеогенеза; в) увеличением содержания альбуминов в плазме; г) гиперазотемией; д) повышением распада белка

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,3,4 и 5

8. Патогенез сильной жажды, сухости во рту при диабете обусловлен: а) обезвоживанием организма; б) повышением гликемии; в) повышением уровня мочевины в крови; г) избыточным выделением жидкости через почки; д) снижением уровня натрия в крови

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

9. Наименее часто атеросклеротические изменения при сахарном диабете выявляются в сосудах:

коронарных

головного мозга

почек

нижних конечностей

+селезенки

10. Сахарный диабет 1 типа характеризуется: а)острым началом заболевания; б) склонностью к кетозу; в) отсутствием связи с HLA-системой; г)снижением уровня инсулина в сыворотке крови; д) необходимостью лечением инсулином

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3, 4 и 5

11. Сахарный диабет 2 тип характеризуется: а) возраст к началу болезни старше 40 лет; б) избыточной массой тела; в) отсутствием склонности к кетоацидозу; г) постепенным развитием заболевания; д) необходимостью лечения инсулином в первые 2-3 года

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

12. К подгруппе лиц с потенциальными нарушениями толерантности к глюкозе относятся: а) однояйцевые близнецы, один из которых болен сахарным диабетом; б) лица, оба родителя которых больны сахарным диабетом; в) женщины с привычными выкидышами, многоводием; г) развитие нарушенной толерантности к глюкозе у больных с вирусным гепатитом; д) женщины, родивших живого или мертвого ребенка массой тела 4.5 кг и более

если правильный ответ 1,2 и 3;

если правильный ответ 1 и 3;

если правильный ответ 2 и 5;

если правильный ответ 3;

+если правильный ответ 1,2,4 и 5

13. Сахарный диабет часто выявляется при всех следующих эндокринных заболеваниях, кроме:

акромегалии

болезни Иценко - Кушинга

феохромоцитомы

ожирения

+синдрома Симмондса

14. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при всем перечисленном, кроме:

инфекции, лихорадки

заболевания желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания

поражения печеночной паренхимы

+синдрома Нонена (Нунана)

панкреатитов

15. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести все перечисленное, кроме:

оценки эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев терапии

проведения необходимой коррекции лечебных мероприятий

выявления скрытых форм диабета

+оценки уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней)

16. Наиболее ценным методом для лабораторной диагностики сахарного диабета является:

определение посталиментарной гликемии

исследование содержания глюкозы в ушной сере

определение фруктозамина

+определение гликозилированного гемоглобина

определение гликемии натощак

17. При массовом обследовании населения с целью выявления сахарного диабета следует использовать:

исследования гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой

определение гликемии натощак

определение гликозилированного гемоглобина

+все перечисленное верно

18. Патологические уровни базальной и посталиментарной гликемии, характерные для клинического диабета в капиллярной крови:

3.3-5.5 ммоль/л натощак

+более 6,1 ммоль/л натощак, через 2 часа после введения глюкозы - более 11.1 ммоль/л

4,4 ммоль/л натощак, 6.7 ммоль/л через 2 часа после введения глюкозы

6,0 ммоль/л натощак, 5.5 ммоль/л через 2 часа после нагрузки глюкозой

19. На показатели диагностических тестов оказывают влияние все перечисленные факторы, кроме:

приема глюкокортикоидов, гипотиазида, салицилатов

возраста больного

характера пробы, взятой для исследования (капиллярная, венозная)

метода исследования сахара крови

+предшествующая исследованию диета не влияет на показатели

20. Аглюкозурия при сахарном диабете возможна во всех следующих случаях, кроме:

компенсации диабета

+снижения порога проходимости для глюкозы (почечный диабет)

сахарного диабета, осложненного гломерулосклерозом

нарушения функции почек другой этиологии

гиперинсулинемии

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Назначить план обследования для установления диагноза сахарного диабета (СД).

2. Провести диагностику сахарного диабета и его осложнений на основе владения пропедевтическими методами исследования.

3. Оценить данные лабораторного исследования: крови и мочи (клинические анализы), биохимического анализа крови, включая уровень глюкозы крови, электролитного обмена.

4. Определить показания для проведения теста толерантности к глюкозе.

5. Оценить результаты теста толерантности к глюкозе, исследования гликированного гемоглобина.

6. Оценить результаты ультразвуковых методов исследования сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы, мочевыделительной системы.

7. Провести диагностику и дифференциальную диагностику сахарного диабета.

8. Провести стратификацию риска у пациентов с СД.

9. Определить тактику ведения пациента с СД в зависимости от классификационной формы заболевания.

10. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью или с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Терапия» проводится в форме зачета по экзаменационным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Итоговая оценка («зачтено», «не зачтено») по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и выполнения практических заданий по решению ситуационных задач:

«ЗАЧТЕНО» - выставляется при положительной оценке («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») по итогам устного опроса и решению ситуационных задач.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - выставляется при отрицательной («неудовлетворительно») оценке по итогам устного опроса и/или по решению ситуационных задач.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **решение ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

***Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине***

1. ИБС. Классификация, клиника и диагностика стабильной ИБС. Особенности диагностики у отдельных групп больных и при сопутствующих заболеваниях (гендерные и возрастные особенности, при АГ, СД).
2. Стабильная стенокардия: цели и тактика ведения, алгоритм терапии, показания к реваскуляризации миокарда и ее эффективность. Особенности ведения пациентов после реваскуляризации миокарда.
3. Артериальная гипертензия: классификация, диагностика, по­ражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния.
4. Тактика ведения больных артериальной гипертензией. Цели терапии. Общие принципы ведения. Модификация образа жизни.
5. Медикаментозная терапия больных артериальной гипертензией. Выбор антигипертензивных препаратов. Алгоритмы антигипертензивной фармакотерапии.
6. Вторичные артериальные гипертензии: ренопаренхиматозные, вазоренальные, эндокринные, гемодинамические, ятрогенные. Дифференциальная диагностика. Лечение
7. Артериальная гипертония и беременность. Классификация АГ. Диагностика. Тактика ведения.
8. Хроническая сердечная недостаточность. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Роль симптомов и объективных признаков в диагностике ХСН. Оценка тяжести ХСН.
9. Хроническая сердечная недостаточность. Инструментальные и лабораторные методы в диагностике ХСН.
10. Немедикаментозное лечение и фармакотерапия хронической сердечной недостаточности.
11. Этиотропное лечение инфекции нижних дыхательных путей. Характеристика основных классов антимикробных препаратов. Критерии эффективности антибактериальной терапии, ее продолжительность. Клинические признаки и состояния, не являющиеся показанием для продолжения антибактериальной терапии или замены антимикробных препаратов.
12. Пневмония. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические симптомы и признаки. Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования. Критерии диагноза. Принципы лечения.
13. Внебольничная пневмония: выбор места лечения, тактика терапии в амбулаторных условиях, лечение госпитализированных пациентов.
14. Особенности этиологии, диагностики и лечения отдельных видов пневмоний: нозокомиальная (госпитальная), аспирационная, у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).
15. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, факторы риска, этиопатогенез, классификация, факторы риска, диагностика, лечение.
16. Бронхиальная астма: этиопатогенез, факторы риска, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
17. Лечение бронхиальной астмы.
18. Язвенная болезнь и эрозивные гастродуодениты: этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение.
19. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона: принципы диагностики и лечения.
20. Нефротический синдром. Причины, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
21. Нефритический синдром. Причины, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
22. Сахарный диабет 1-го типа: этиология, патогенез, клиника, диагностика, тактика ведения.
23. Сахарный диабет 2-го типа: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

***Типовые ситуационные задачи для проверки сформированных умений и навыков:***

Задача 1.

 Больной Г., 64 лет, обратился с жалобами на общую слабость, потливость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку.

 Анамнез заболевания: Заболел 10 дней назад после переохлаждения: появился насморк, кашель, болела голова, лечился самостоятельно, повышение температуры до 38,50С, принимал жаропонижающие препараты. Хуже стало вчера вновь поднялась температура до 38,40С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 25 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Hb 130 Г/л, Эр. 3,9 х1012/л, ЦП 1,0, лейкоциты 12,0х109/л, п/я 13%, с/я 57%, э 2%, л 23%, м 7%, СОЭ 22 мм/час, Тр. 180,0х109/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику данной клинической ситуации?

д) Выберите место лечения и тактику антибактериальной терапии.

Задача 2.

Мужчина, 68 лет. Жалобы на повышение температуры до 39оС, кашель с вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита.

Данные анамнеза. Неделю назад заболел ОРВИ. Лечился дома парацетамолом состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

Данные осмотра. Общее состояние тяжелое. Заторможен. Одышка в покое с ЧД 32 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 ниже угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс – 100 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Данные лабораторных исследований.

ОАК: эр. – 4,5х10 12/л, Нв – 120 г/л, цв.п. – 0,9; тромбоциты – 220х109/л, лейкоциты – 13,2х109/л, пал. – 8%, сегм. – 52%, лимф. – 32%, мон. – 8%, СОЭ – 32 мм/час.

 ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. Вес – 1020, белок – 0,033 г/л, сахара нет, лейк. – 3-5 в п/зр., эр. – нет, цилиндров нет.

 Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, сахар – 3,9 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, билирубин – 12,4 мкмоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, СРБ – 100 мг\л.

 Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский – 2-3 в п/зр., мерцательный – 5-7 в п/зр., альвеолярный – 5-7 в п/зр., лейкоциты – 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.

 Бактериологический анализ мокроты – высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.

 Данные инструментального исследования.

 Рентгенография легких – Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

 ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 98 уд/мин. ЭОС не отклонена.

ВОПРОСЫ:

а) Установите предварительный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Обоснуйте выбор места лечения пациента с учетом шкалы CRB-65.

г) Составьте план дополнительного обследования в стационаре.

д) Определите тактику дальнейшего ведения пациентки в стационаре (принципы терапии, сроки контроля эффективности проводимой терапии, длительность курса антибиотикотерапии).

Задача 3.

Мужчина Ю., 69 лет. Жалобы на одышку при бытовой нагрузке, отхождение небольшого количества мокроты по утрам, постоянный сухой кашель в течение дня.

Анамнез заболевания: Около 30 лет назад установлен диагноз хронического бронхита. Обострения его повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения и без присоединения ОРВИ. Во время обострений усиливается одышка, отмечается кашель с гнойной мокротой. С 62 лет отмечает прогрессирование одышки, которая в последние полгода стала возникать при выполнении обычной бытовой нагрузке (при уборке комнаты, периодически при одевании, раздевании).

Анамнез жизни: Работал маляром. Курит 44 года, одну пачку сигарет ежедневно.

Данные объективного обследования: Состояние средней степени тяжести. Грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких (практически не изменяются при кашле) ЧСС – 110 в мин.; АД – 115/70 мм рт. ст. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: Hb – 162 г/л, лейкоциты – 8,4 тыс. (формула – без особенностей), тромбоциты – 300 тыс., СОЭ – 12 мм/ч

Анализ мокроты: лейкоциты – 30 в п/зр, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана не найдены, БК – отр.

ЭКГ: - синусовый ритм с ЧСС 98 в мин. ЭОС вертикальная. Гипертрофия ПЖ. Гипертрофия ПП.

ЭХОКС: Правые отделы сердца расширены: ПЖ 3,2 см, ПП визуально увеличено (в 4-камерной позиции), гипертрофия стенки ПЖ (0,6 см) с выраженным гиперкинезом.

Допплер-эхокардиография: признаки легочной гипертензии.

Спирография: ОФВ1 – 15%, после ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 39%, ОФВ1 – 15%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 27%.

Шкала одышки mMRC 5 баллов.

РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%.

Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Пневмосклероз. Расширение сердца вправо. Талия сердца сглажена. Уплощение диафрагмы.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите вероятный диагноз.

б) Обоснуйте вероятный диагноз.

в) Составьте дифференциально-диагностический ряд.

г) Обоснуйте принципы медикаментозной терапии ХОБЛ у данного пациента.

д) Обоснуйте возможность применения длительной кислородотерапии у данного пациента: обоснование, цель, длительность.

Задача 4.

Женщина 62 лет обратилась с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд.

Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу.

Работала поваром в школьной столовой. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит.

У двоюродной сестры 2 года назад выявлен сахарный диабет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м2. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчѐсов. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: глюкоза крови натощак - 6,8 ммоль/л, через 2 часа после еды – 11,4 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Препарат какой группы рекомендуется пациентке для коррекции гипергликемии? Обоснуйте выбор.

д) Через 6 месяцев больная вновь пришла на приѐм к врачу. В результате проведѐнной терапии вес пациентки снизился на 6 кг. HbA1c снизился на 0,4% и была достигнута индивидуальная цель. Какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте выбор.

Задача 5.

Мужчина 69 лет наблюдается в районной поликлинике у врача-терапевта по поводу артериальной гипертонии, получает гипотензивную терапию в виде эналаприла в дозе 20 мг/сут., индапамид-ретард 1,5 мг в сутки, гиполипидемическую терапию: аторвастатин 20 /сут. При очередном обращении для выписки рецептов пожаловался на слабость, утомляемость, похудел на 3 кг, в связи с чем был направлен на определение уровня гликемии натощак, который оказался на уровне 5,8 ммоль/л.

Мать пациента страдала сахарным диабетом, получала лечение глибенкламидом, затем была переведена на инсулинотерапию. Умерла от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет. В анамнезе у пациента хронический пакреатит с нарушением внешнесекреторной функции, что требует практически ежедневного 2-3-кратного приема заместительной терапии пищеварительными ферментами (панкреатин).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 33 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной влажности. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 74 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: при проведении теста толерантности к глюкозе глюкоза крови через 2 часа после еды - 12,8 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ - 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л, мочевина – 5,4 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, натрий – 144 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Препарат какой группы порекомендуете пациентке для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

д) Через 6 месяцев больной пришел на приѐм к врачу. В результате проведѐнной терапии был достигнут целевой уровень HbA1c 7,4%. Переносимость приема препарата была удовлетворительная. Какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте выбор.

Задача 6.

Мужчина, 61 год, обратился с жалобами на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен сахарным диабетом в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Мочеиспускание безболезнонное.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 9,0 ммоль/л, постпрандиальная 12,0 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин; альбуминурия – 100 мг/сутки.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Препараты какой группы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

д) Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой ответ.

Задача 7.

Пациентка, 66 лет, обратилась с жалобами: на ежедневную изжогу после приема любой пищи, отрыжку кислым, боли в эпигастрии, левом и правом подреберьях после приема жирной пищи и газированных напитков, тяжесть в правом подреберье, иногда тошноту.

Анамнез заболевания: изжога беспокоит более 10 лет, периодически принимает антациды, более 20 лет страдает ожирением (вес 105 кг, рост 170 см), алкоголь не употребляет.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. На передней брюшной стенке «капли красной росы». В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, правом и левом подреберьях. Симптомы Мерфи, Ортнера положительны. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Стул регулярный.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb - 138 г/л, эритроциты - 4,84 х 1012/л, ЦП – 0.86, тромбоциты – 214 х 109/л, лейкоциты – 6,6 х 109/л; п/я – 6%; с/я –53%; э -1%; л/ф -29%; м-11%; СОЭ 37 мм/час.

ОАМ: Уд. вес 1020, белок – отр., лейкоциты – 1- 2 в п/зр.

Копрограмма: цвет корич., офор., реакция на скрытую кровь – отриц; мыш. волокна с исчерч.- 0-1; без исчерченности – 2-3; жир. кислоты – небольшое кол-во, перевар. клетчатка - отр. внеклет крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Биохимические показатели крови: билирубин общ – 14,6 ммоль/л; билирубин связанный-12,4 ммоль/л; общий холестерин - 5,9 ммоль/л, в-ЛП - 5,7, АлАт - 37 Ед/л, АсАт – 30 Ед/л; амилаза крови 94 Е/л.; глюкоза крови - 5,56 ммоль/л; мочевина - 6,09, креатинин – 77 мкмоль/л, общий белок – 87 г/л, щелочная фосфатаза - 96 Е/л; фибриноген - 3,0 г/л; ГГТ - 27 Е/л; сиаловая проба - 0,14; С-реактивный белок - отриц; ЛДГ - 366 Ед/л; Калий - 5,23 ммоль/л; Натрий - 149,4 ммоль/л.

ИФА к описторхиям, токсокарам, лямблиям, аскаридам - отриц.

ИФА к Helicobacter pylori-положит 1:80

ВГС+HBsAg-отрицательный.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 81 в мин. Полугоризонтальное положение ЭОС. Диффузные нарушения процессов реполяризации.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 55 мм, правая доля 138 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно однородная, эхогенность не изменена. Воротная вена - 9 мм, холедох - 4 мм. Желчный пузырь 92х29 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 2 мм, содержимое - небольшое уровень желчи, конкрементов нет. Поджелудочная железа – 28x16x25 мм, контуры слегка неровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. Селезёнка – 100х41мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки – правая 103х57х16 мм, левая 101х51х15 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима неоднородная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЭГДС: Антральный гранулярный гастрит. Короткий пищевод.

Рентгеноскопия органов легких, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки: Перидуоденит.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Обоснуйте выбор лечебной тактики.

д) Предложите метод контроля за эффективностью проводимого лечения.

Задача 8.

Больная К., 65 лет, обратилась с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, преимущественно в ночное время, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Анамнез заболевания. Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 нед до обращения появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 12 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменения в суставах не определяются.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ – 26 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: общий белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, общий билирубин 18,3 мкмоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Какие ошибки были допущены при проведенном лечении?

д) Назначьте лечение данной пациентке в соответствии с современными требованиями.

Задача 9.

Мужчина, 69 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, ноющие, голодные (по ночам), исчезающие после приема пищи, тошноту, отрыжку кислым содержимым, снижение аппетита, запоры, иногда – рвоту желудочным содержимым, чаще на высоте болей, приносящую облегчение (иногда вызывается пациентом самостоятельно).

Из анамнеза заболевания. Много лет наблюдался в поликлинике с диагнозом «хронический гастрит», беспокоили боли в эпигастрии после приема острой и жареной пищи, изжога. Настоящие жалобы впервые возникли примерно полгода назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля. Ухудшение самочувствия около двух дней, возобновились ночные голодные боли без иррадиации, присоединилась рвота на высоте болей съеденной пищей. Самостоятельно принимал но-шпу, альмагель без выраженного и стойкого эффекта.

Перенесенные заболевания: детские инфекции. Питается нерегулярно, часто всухомятку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Курит до 1 пачки сигарет в день. Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Данные осмотра. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд/мин. АД 130/85 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, локальная умеренная резистентность в пилородуоденальной зоне. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом Менделя слабо положительный в пилородуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров безболезненные, эластичные, определяется болезненность в пилородуоденальной области. Размеры печени по Курлову 987 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования.

ОАК: Нb-125 г/л, эр. – 4,11012/л, лейкоциты – 6,6109/л, э – 2%, п/я – 2%, с/я – 56%, л – 32%, м – 8%, СОЭ – 10 мм/час.

ОАМ: относительная плотность – 1016, эпителий – 2-3 в п.зр., белок, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

Биохимическое исследование крови: сахар крови – 4,4 ммоль/л, фибриноген – 2,8 г/л, общий белок – 66 г/л, альбумины – 51%, глобулины – 49%: α1 – 4%, α2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,9 (2,2/6,7) мкмоль/л.

ЭГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект 1,0 см в диаметре. Дно прикрыто фибрином. Выявлен Helicobacter pylori.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

г) Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Какие существуют способы повышения эффективности назначенной терапии. Обоснуйте свой выбор.

д) Какова дальнейшая тактика ведения пациента? В какие сроки и каким методом следует контролировать эффективность эрадикации Helicobacter pylori?

Задача 10.

На прием к врачу поликлиники обратилась женщина К., 68 лет, с жалобами на периодические головные боли в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе. В анамнезе отмечает повышение АД до 170/100 мм рт. ст. в течение трех лет. Ранее принимала самостоятельно андипал, седативные препараты.

Объективный статус: гиперстеническое телосложение (рост – 159 см, вес – 84 кг), объем талии – 92 см. Кожные покровы обычной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ослаблен I тон, акцент II тона на аорте, АД – 150/100 мм рт. ст. на обеих руках, ЧСС – 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Отёков нет. Стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных исследований: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности – 3,4 ммоль/л, глюкоза крови натощак – 5,4 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 в мин., признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (SV1+RV5=3,6mB).

Консультация окулиста: имеется умеренное сужение сосудов глазного дна, признаки гипертонической ангиопатии сетчатки.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л; креатинин – 101мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин; альбуминурия– 100 мг/сутки.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С чем чаще всего приходится проводить дифференциальную диагностику гипертонической болезни.

д) Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту и каковы цели ангипертензивной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Задача 11.

Больная Н., 81 год, при обращении предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, периодически перебои в сердце, головокружение, с эпизодами кратковременной потери сознания, одышку при ходьбе. Из анамнеза заболевания: указанные жалобы беспокоят в течение последнего года.

Объективные данные: Вес 79 кг, рост 165 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, нормальной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 уд/мин. АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: СОЭ - 14 мм/час; эр. – 4,2×1012/л; Нb – 132 г/л; лейк. – 4,5×109/л, тромб. - 190×109/л.

ОАМ: отн. плотность - 1022; лейк. – 2-3 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 64 в мин., ЭОС горизонтальная, диффузные нарушения процессов реполяризации.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л; сахар крови – 4,8 ммоль/л, креатинин - 85 мкмоль/л, калий – 4,9 ммоль/л, натрий - 160 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятную причину синкопальных состояний у данной пациентки и метод диагностики, который нужно выполнить в первую очередь.

б) При суточном мониторировании ЭКГ была выявлена преходящая депрессия сегмента ST на 2 мм в покое и при ходьбе в дневное и вечернее время, эпизоды полной атриовентрикулярной блокады до 2-3-х сек 4 раза за сутки. Сформулируйте предварительный диагноз.

в) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

г) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

д) Выберите тактику лечения данной пациентки.

Задача 12.

Больной Г., 69 лет. Жалобы: боль в груди давящего характера при нагрузке (подъем на 2-3 этаж), одышка, потливость в этот момент, перебои в работе сердца, чувство замирания в груди независимо от нагрузки.

Анамнез заболевания: Считает себя больным последние 3 месяца, когда стал отмечать перебои в работе сердца, «толчки», «замирание» в этот момент, чувство кома в горле, слабость. Сознание не терял. Эти ощущения возникают независимо от нагрузки, времени дня. АД регулярно не измеряет. Однократно на приеме у врача АД было 160/95 мм.рт.ст. ИМ, ОНМК в анамнезе не было. Давящие боли в груди возникают при ходьбе 300-400м, или подъеме на 2-3 этажа, с одышкой, потливостью. Боль купируется в покое. Голени и стопы пастозные (последние 2-3 месяца).

Объективные данные: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Голени и стопы пастозные.

Обследование:

1) ОАК: Эр – 3,9 х 1012/л, Нв- 139 г/л, лейкоциты- 4,7 х 109/л, тромб- 210 х109/л, ЦП- 0,87, СОЭ - 14 мм/ч, п/я-2, с/я – 64%, э-2, лимф- 34 %, мон-7%.

2) ОАМ: уд. вес- 1007, белок – нет, лейкоциты- 0-1 в поле зрения, эпителий – 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр.

3)Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 20,4 мкмоль/л, креатинин – 107 мкмоль/л, АлАТ 14 Е/л, АсАТ 27 Е/л, общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТАГ – 3,0 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, калий - 3,4 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, мочевина – 4,7 ммоль/л.

4) Тест с 6-минутной ходьбой: 420 метров.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 85 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. Парная полиморфная желудочковая экстрасистолия.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Назначьте план проведения медикаментозной терапии.

д) Через месяц самочувствие улучшилось, на фоне приема метопролола тартрата 100 мг/сут ЧСС в покое 55-60 уд. в мин., однако сохранялись жалобы на перебои в сердце, в связи с чем было проведено суточное мониторирование по Холтеру, которое выявило более 600 желудочковых экстрасистол за сутки как в течение дня, так и ночью. Обоснуйте дополнительные назначения.

Задача 13.

Женщина Ю., 70 лет. Жалобы на боли за грудиной давящего характера, приступообразные, возникающие во время ходьбы в обычном темпе на расстояние до 200 м, реже в покое, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина через 3 минуты, либо в покое.

Анамнез заболевания. Указанные жалобы беспокоят около года. Наблюдалась у терапевта по поводу ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. Принимала бисопролол, кардиомагнил, симвастатин. На фоне проводимой терапии жалобы сохранялись направлена в стационар с лечебно-диагностической целью.

Анамнез жизни. Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Менструальный цикл сохранен, регулярный.

Данные объективного обследования. Общее состояние удовлетворительное. Над легкими ясный легочный звук, в легких дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в минуту. АД - 115/70 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Периферических отеков нет.

Данные лабораторного обследования. ОАК: эр. - 4,7х1012/л, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - 255х109/л, лейкоциты - 7,9х109/л, пал. - 2%, эоз.- 3%, сегм. - 65%, лимф, - 28%, мон. - 2%, СОЭ - 5 мм/ час.

БАК: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, бета-липопротеиды - 4,6 ммоль/л, ПТИ - 100%, сахар - 5,2 ммоль/л, натрий - 133 ммоль/л, калий - 4,9 ммоль/л, кальций - 2,3 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белка и сахара нет, лейк. - 2-4 в п/зр., цилиндров нет.

Данные инструментального обследования.

ЭКГ - синусовый ритм с ЧСС 80 в мин. ЭОС не отклонена.

Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

Холтеровское мониторирование: выявлено 3 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время ходьбы в обычном темпе.

Эхокардиография: Атеросклероз аорты. Полости сердца не расширены. ФВ 56%. Зон нарушений локальной сократимости не выявлено. Диастолическая функция не нарушена.

Рентгенография органов грудной клетки: органы грудной клетки без патологии.

Рентгенография грудного отдела позвоночника: патологии не выявлено.

ЭГДС: патологии не выявлено.

Коронарная ангиография: правый тип кровоснабжения миокарда. Гемодинамически значимых поражений коронарных артерий не выявлено.

ВОПРОСЫ:

а) Наиболее вероятный диагноз?

б) Обоснуйте диагноз.

в) Назначьте план проведения медикаментозной терапии.

г) Через три месяца пациент обратился повторно к терапевту. На фоне проводимой терапии (кардиомагнил 75 мг/сут, розувастатин 5 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут.) самочувствие несколько улучшилось – боли в сердце возникают реже - при ходьбе на расстояние до 400м в более быстром темпе, при подъеме на 2-3 этаж периодически. Объективный осмотр: состояние удовлетворительное. АД 130/90 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное. Одышки нет. Лабораторное исследование: БАК: общий холестерин 5,0 ммоль/л, ЛПНП 1,7 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте свой выбор.

***Эталоны решения типовых ситуационных задач***

Задача 1.

а) Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония, острое течение, средней тяжести.

б) Диагноз пневмонии поставлен на основании жалоб на одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой, постепенное начало (после ОРЗ), лихорадку до 38.60С; объективных данных: при перкуссии локальное притупление перкуторного звука; при аускультации дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы справа, изменений в общем анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ.

За внебольничную пневмонию свидетельствует то, что пациент заболел в домашних условиях. Правосторонняя локализация установлена на основании данных патологической перкуссии и аускультации с правой стороны. Об очаговом поражении говорят объективные данные: притупление перкуторного звука при перкуссии; при аускультации дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

Острое течение – продолжительность заболевания 10 дней.

Средняя тяжесть заболевания установлена на основании лихорадки до 39,00С, одышки с частотой 25 в минуту, лейкоцитоза до 12,0х109/л со сдвигом влево, ускорения СОЭ до 22 мм/ч.

в) Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты с посевом для выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, биохимическое исследование крови: общий белок, фибриноген, СРБ, мочевина, креатинин, общий билирубин, калий, натрий, АлАТ, АсАТ; общий анализ мочи. ЭКГ для выявления изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, исследование функции внешнего дыхания.

г) Данную клиническую ситуацию необходимо дифференцировать с очаговым туберкулезом легких, ТЭЛА/ инфаркт легкого, злокачественным новообразованием легких, лекарственные пневмопатией, лучевой пневмонитом, системным васкулитом, сстрая эозинофильной пневмонией, облитерирующим бронхиолитом с организующейся пневмонией, мукоидной закупоркой бронха.

д) Показана госпитализации в круглосуточный стационар, назначение двух антибактериальных препаратов (β – лактамный антибиотик + макролид (с учетом посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам)), инфузионная терапия. Оценка эффективности проводимой терапии проводится на 2-3-и сутки лечения. При положительном эффекте от проводимой терапии курс антибиотикотерапии продляется до 7 дней. При отсутствии эффекта от проводимой терапии показана замена антибиотикотерапии. С учетом возраста (старше 60 лет) и тяжести состояния пациент нуждается в стационарном лечении.

Задача 2.

а) Внебольничная пневмококковая правосторонняя пневмония в нижней доле.

б) Пневмония установлена на основании жалоб повышение температуры до 390С, кашель с вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита, данных анамнеза: неделю назад заболел ОРВИ, вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы, данных осмотра: общее состояние тяжелое, заторможен, одышка в покое до 32 в 1 минуту. слабый диффузный цианоз лица, физикальных данных: усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 угла ниже правой лопатки, дыхание жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы, снижения АД до 105/70 мм рт.ст., данных лабораторных исследований: лейкоцитоз до 13,2х109/л со сдвигом влево, ускорения СОЭ до 32 мм/час, увеличеня СРБ до 100 мг/л, изменений в анализе мокроты: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты – 80-100 в п/зр., Гр+кокковая флора.

Внебольничная пневмония – диагноз установлен по месту возникновения пневмонии – в домашних условиях.

Пневмококковая пневмония – этиология установлена на основании результата бактериологического анализа мокроты – высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.

Правосторонняя пневмония в нижней доле – локализация и объем поражения установлены на основании объективных данных: выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 ниже угла правой лопатки, дыхание жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы, рентгенографии легких – Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

в) Согласно критериям шкалы CRB-65 пациент набирает 3 балла (нарушение сознания – заторможенность – 1б, одышка с ЧД более 30 в мин – 1б, возраст старше 65 лет – 1б). Пациенту показана неоложная госпитализация в круглосуточный стационар.

г) Пульсоксиметрия, определение газового состава крови. При этом гипоксемия со сниженным уровнем PO2 < 60мм рт.ст. или Sр(a)O2 < 90% является неблагоприятным признаком и указывает на необходимость госпитализациив ОРИТ.

Развернутый ОАК: лейкоцитоз более 10-12109/л указывает на высокую вероятность бактериальной инфекции.

БАК (мочевина, электролиты, печеночные ферменты, альбумин) - не дают какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на поражение ряда органов/систем, что имеет прогностическое значение, а также оказывает влияние на выбор ЛС и/или режимов их применения.

Бактериологическое исследование крови, предпочтительно до начала антибиотикотерапии, показано всем пациентам, госпитализированным в стационар и ОРИТ. Рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях – при положительной динамике на фоне лечения через 14 дней от начала лечения, при отсутствии динамики или отрицательной динамике – в более ранние сроки.

д) Показана госпитализации в круглосуточный стационар (по шкале CRB-65 пациент набирает 3 балла (нарушение сознания – заторможенность – 1б, одышка с ЧД более 30 в мин – 1б, возраст старше 65 лет – 1б), назначение двух антибактериальных препаратов (β – лактамный антибиотик + макролид (с учетом посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам)), инфузионная терапия. Оценка эффективности проводимой терапии проводится на 2-3-и сутки лечения. При положительном эффекте от проводимой терапии курс антибиотикотерапии продляется до 7 дней. При отсутствии эффекта от проводимой терапии показана замена антибиотикотерапии.

Задача 3.

а) Диагноз: ХОБЛ, IV степень тяжести, c выраженными клиническими симптомами (mMRC 5), риск обострений высокий (2-3 раза в год), фенотип эмфизематозный. ДН III степени. Хроническое легочное сердце в фазе декомпенсации

б) Диагноз: ХОБЛ установлен на основании жалоб на одышку при бытовой нагрузке, отхождение небольшого количества мокроты по утрам, постоянный сухой кашель в течение дня, данных анамнеза заболевания: около 30 лет назад установлен диагноз хронического бронхита, обострения его повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения и без присоединения ОРВИ, с 62 лет отмечает прогрессирование одышки, которая в последние полгода стала возникать при выполнении обычной бытовой нагрузке (при уборке комнаты, периодически при одевании, раздевании), данных анамнеза: работал маляром, курит 44 года, одну пачку сигарет ежедневно, данных осмотра: Грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких (практически не изменяются при кашле) ЧСС – 110 в мин.; АД – 115/70 мм рт. ст. Периферических отеков нет. Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Пневмосклероз. Расширение сердца вправо. Талия сердца сглажена. Уплощение диафрагмы.

IV степень тяжести установлена на основании данных спирографии: ОФВ1 – 15%, после ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 39%, ОФВ1 – 15%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 27%.

Выраженные клинические симптомы на основании шкалы одышки mMRC, по которой пациент набрал 5 баллов.

Риск обострений высокий установлен на основании наличия обострений до 2-3 раза в год.

Фенотип эмфизематозный установлен на основании данных осмотра: грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом. Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Уплощение диафрагмы.

ДН III степени установлена на основании РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%.

Хроническое легочное сердце в фазе декомпенсации установлено на основании наличия признаков гипертрофии ПЖ, правожелудочковой недостаточности, легочной гипертензии: жалоб на одышку, данных осмотра: признаки ПЖ недостаточности: цианоз губ, пульсирующие яремные вены, ЧД 24 в мин., данных инструментальных методов обследования: ЭКГ: - Гипертрофия ПЖ. Гипертрофия ПП, ЭХОКС: правые отделы сердца расширены: ПЖ 3,2 см, ПП визуально увеличено (в 4-камерной позиции), гипертрофия стенки ПЖ (0,6 см) с выраженным гиперкинезом, Допплер-эхокардиография: признаки легочной гипертензии. Рентгенография органов грудной клетки: Талия сердца сглажена.

в) ХОБЛ необходимо дифференцировать от бронхиальной астмы, бронхоэктазии, туберкулеза, облитерирующего бронхиолита, застойной сердечной недостаточности.

г) В связи с наличием выраженных симптомов пациенту необходимо назначить комбинацию ДДАХ/ДДБА сразу после установления диагноза ХОБЛ. Это позволяет благодаря максимальной бронходилатации облегчить одышку, увеличить переносимость физических нагрузок и улучшить качество жизни пациентов.

ИГКС и включающие их комбинации при ХОБЛ не должны использоваться в качестве препаратов первой линии. ИГКС в составе двойной (ДДБА/ИГКС) или тройной (ДДАХ/ДДБА/ИГКС) терапии могут быть назначены только в случаях, когда на фоне проводимой терапии бронхолитиками длительного действия возникают повторные обострения (2 и более среднетяжелых обострений в течение 1 года или хотя бы 1 тяжелое обострение, потребовавшее госпитализации).

д) Наличие дыхательной недостаточности III (РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%) у данного пациента является абсолютным показанием к проведению длительной кислородотерапии (ДКТ) позволяющей снизить летальность больных ХОБЛ.

Целью кислородотерапии является коррекция гипоксемии и достижение значений РаО2 > 60 мм рт. ст. и SaO2 > 90%.

Лечение должно быть постоянным, длительным и, как правило, проводиться в домашних условиях не менее 15 часов в сутки).

Задача 4.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,0%. Ожирение 2 степени, абдоминальная форма. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациентки на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд сухость, повышение глюкозы крови, высокий уровень гликемии после еды до 11,4 ммоль/л, возраст 62 года – на основании всех этих данных диагностируется сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,0% определен на основании возраста пациентки (62 года), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. ИМТ>35<40 кг/м2 свидетельствует о 2 степени ожирения.

в) Для подтверждения диагноза необходимо провести пероральный глюкозотолерантный тест и определение уровня НбА1с. Кроме того, при подтверждении диагноза - общепринятые исследования: ОАК, ОАМ, моча на МАУ, биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевая кислота, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ, ЭКГ, контроль АД, осмотр ног, оценка чувствительности ног, осмотр офтальмолога, при необходимости – консультация невролога.

г) С учетом исходного уровня НбА1с (7,4%), а также с учетом показателей БАК (прежде всего СКФ 80 мл/мин) пациентке показано назначение метформина, который обладает наибольшими преимуществами по влиянию на инсулинорезистентность, липидный профиль, риски развития сердечно-сосудистых осложнений, массу тела. Метформин назначается в стартовой дозе 500 мг два раза в день с последующим увеличением дозы через неделю до 1000 мг два раза в день. Для оценки эффективности антигипергликемической терапии при динамическом наблюдении пациента должен определяться уровень гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3-4 месяца. Кроме того, пациент должен проводить самоконтроль глюкозы крови не менее 1 раза в сутки в разное время (до еды или через 2 часа после еды) и один гликемический профиль в неделю.

Гиполипидемическая терапия - статины: целевые параметры липидного обмена у пациентки – общий холестерин менее 4.5 ммоль/л, ЛПНП менее 2,5 ммоль/л, триглицериды – менее 1,7 ммоль/л.

д) Пациентка компенсирована по целевым значениям углеводного обмена. Рекомендуется придерживаться вышеперечисленных рекомендаций по диете и приему метформина, самоконтроль гликемии.

Задача 5.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,5%. Ожирение 1 степени. Артериальная гипертония, 1 степени. ВР. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациента на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд сухость, повышение глюкозы крови, высокий уровень гликемии после еды до 12,8 моль/л, возраст 69 лет - в данном случае диагностирован сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,5% определен на основании достаточно возраста пациентки (69 лет), ожидаемой продолжительности жизни 10-15 лет, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. ИМТ>30<35 кг/м2 свидетельствует о 1 степени ожирения.

в) Для подтверждения диагноза и выбора тактики стартовой сахароснижающей терапии необходимо определение уровня НбА1с. Кроме того, при подтверждении диагноза - общепринятые исследования: ОАК, ОАМ, моча на МАУ, биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевина, расчет СКФ, ЭКГ, контроль АД, осмотр ног, оценка чувствительности ног, осмотр офтальмолога, при необходимости – консультация невролога.

г) С учетом указанного уровня креатинина расчетный уровень СКФ по СКD-EPI составил 95 мл/мин. В качестве стартовой терапии может быть назначен метформин, который обладает наибольшими преимуществами по влиянию на инсулинорезистентность, липидный профиль, риски развития сердечно-сосудистых осложнений, массу тела. Но метформин довольно часто на начальных этапах терапии дает диспепсические явления, что в ряде случаев приводит к отказу от применения препарата. С учетом сопутствующей патологии (хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью), для начальной терапии был выбран препарат из группы ингибиторов ДПП-4 алоглиптин 25 мг в сутки. Данный препарат имеет низкий риск гипогликемии, не влияет на массы тела. Для оценки эффективности антигипергликемической терапии при динамическом наблюдении пациента должен определяться уровень гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3-4 месяца. Кроме того, пациент должен проводить самоконтроль глюкозы крови не менее 1 раза в сутки в разное время (до еды или через 2 часа после еды) и один гликемический профиль в неделю.

д) Пациент компенсирован по целевым значениям углеводного обмена. Рекомендуется придерживаться рекомендаций по диете и приему алоглиптина, самоконтроль гликемии.

Задача 6.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,0%. Диабетическая нефропатия. ХБП С2. А2. Диабетическая непролиферативная ретинопатия правого глаза. Артериальная гипертония 2 степени, ОВР. СН О ст. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациента на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Диагностированный СД в анамнезе, прием таблетированных сахароснижающих препаратов, высокий уровень гликемии по данным обследования у пациента – Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,0% определен на основании возраста пациента (61 год), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. Диабетическая нефропатия диагностирована на основе определения СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин, что соответствует ХБП стадии С2, уровень альбуминурии – 100 мг/сутки, это соответствует А 2.

Диабетическая ретинопатия – по данным осмотра глазного дна. Артериальная гипертония по показателям уровня АД и стойкой гипертензии.

в) Пациенту необходимо повторное определением белка в моче, при отсутствии других причин протеинурии, с учетом изменений глазного дна, выставляется диагноз диабетическая нефропатия. Пациенту дополнительно следует определить ОАК, ОАМ, посев мочи, НбА1С, общий белок, общий билирубин, натрий, калий, железо сыворотки, ферритин сыворотки, насыщение трансферрина железом, С-реактивный белок, при необходимости - осмотр стоп с последующей консультацией невролога. Кроме того, рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

г) С учетом показателей гликемии и сопутствующей патологии, необходимо увеличить дозу метформина до 2000 мг в сутки. Необходимо рассмотреть интенсификацию терапии ингибиторами НГЛТ-2, преимуществом которых является низкий риск гипогликемии, умеренное снижение АД, потенциальный нефропротективный эффект, снижение общей и сердечно-сосудистой смертности или ингибиторами ДПП-4, которые не влияют на массу тела, не вызывают гипогликемии, обладают потенциальным протективным эффектом в отношении в– клеток и могут назначаться на любой стадии ХБП.

д) Ингибиторы АПФ являются препаратами выбора при сахарном диабете и нефропатии. Препараты этой группы ИАПФ не оказывают негативного воздействия на углеводный и липидный обмен, снижают инсулинорезистентность периферических тканей. Ингибиторы АПФ – препараты первого ряда при наличии микро- и макроальбуминурии, поскольку обладают специфическим нефропротективным действием, не зависящим от их антигипертензивного эффекта. При непереносимости ингибиторов АПФ назначаются блокаторы рецепторов к ангиотензину II.

Задача 7.

а) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эндоскопически негативная форма. Короткий пищевод. Хронический антральный гастрит, Hp+, перидуоденит. Хронический панкреатит, болевая форма, обострение. Хронический холецистит с гипомоторной дискинезией желчевыводящих путей, обострение.

б) Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни установлен на основании жалоб на боли в эпигастрии, отрыжку кислым, изжогу, анамнеза заболевания (изжога беспокоит более 10 лет), эндоскопически негативная форма диагностирована на основании данных ЭГДС. Также на основании данных ЭФГДС выявлен короткий пищевод, антральный гастрит. На основании результатов рентгеноскопии пищевода, желудка выявлен перидуоденит. Инфицирование H.pylori установлено по результатам ИФА в титре 1:80. Хронический панкреатит в фазе обострения установлен на основании жалоб на боли в левом подреберье после приема жирной пищи и газированных напитков, болезненности в левом подреберье, данных УЗ-исследования: контуры слегка неровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. Хронический холецистит в фазе обострения диагностирован на основании жалоб на боли в правом подреберье после приема жирной пищи и газированных напитков, объективных данных: болезненность при пальпации в правом подреберье, положительных симптомов Мерфи, Ортнера, данных УЗ-исследования: повышение эхогенности стенок желчного пузыря. Наличие натощак в желчном пузыре небольшого уровня желчи свидетельствует о гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей.

в) Пациентке показано исследование кала на эластазу-1 для верификации хронического панкреатита, проведение 24-часой ph-метрии для подтверждения рефлюкса кислого содержимого в пищевод, дуоденального зондирования для выявления литогенности желчи.

г) С учетом выявления инфицированности H.pylori и антрального гастрита пациентке показано проведение эрадикационной терапии в течение 10 дней приемом препаратов по схеме: ингибитор протоновой помпы омепразол по 20 мг 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки.

д) В качестве метода контроля за эффективностью антихелибакторной терапии возможно проведение дыхательного теста на H.pylori через 2 мес. После окончания лечения и ПЦР (определения ДНК Helicobacter pylori) в кале.

Задача 8.

а) Неспецифический язвенный колит, острое течение, средней степени тяжести, с преимущественным поражением дистальных отделов.

б) Неспецифический язвенный колит установлен на основании жалоб на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, преимущественно в ночное время, общую слабость, потерю веса, анамнеза заболевания: считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала, за 2 нед до обращения появился жидкий стул с примесью крови и слизи, самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 12 кг, данных осмотра: живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области, там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка.

Острое течение установлено на основании давности заболевания – больна в течение 2-х месяцев. За среднюю степень тяжести заболевания говорит частота стула до 4-6 раз в сутки, умеренная примесь крови в кале, общие симптомы в виде слабости, похудания, ускорения СОЭ до 26 мм/ч.

Преимущественное поражение дистальных отделов установлено на основании болезненности при пальпации живота в левой подвздошной области, там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка.

в) Для подтверждения диагноза и оценки распространенности, тяжести поражения необходимо провести эндоскопические методы исследования (колоноскопия, ректороманоскопия) с биопсией слизистой толстой кишки, ЭФГДС – для исключения патологии верхних отделов пищеварительной системы. Обзорная рентгенография брюшной полости необходима для исключения такого грозного осложнения, как токсическая дилатация кишечника и его перфорация.

Анализ кала на наличие патологических примесей и перевариваемость пищи и исключения паразитарной инфекции. Посев на дисбактериоз кишечника. Так как в анамнезе прием антибиотиков.

Биохимическое исследование крови дополнительно: мочевина, протеинограмма, амилаза, СРБ, фибриноген, щелочная фосфатаза.

г) Ошибка заключалась в отсутствии своевременного обращения за медицинской помощью, в приеме антибиотиков, антидиарейных средств в связи с их малой эффективностью и возможностью развития на фоне их применения осложнений в виде дилатации кишки.

д) Диета - стол 4в. Базисными препаратами в лечении неспецифического язвенного колита являются глюкокортикоиды и препараты 5-аминосалициловой кислоты, при резистентности назначаются иммунодепрессанты. При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь 40 мг в сутки в течение месяца с постепенным снижением дозы до 5-10 мг в неделю, при проктосигмоидите назначаются микроклизмы (гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дней. Одновременно длительно назначается сульфасалазин 2 г (или другие препараты 5-АСК).

Задача 9.

а) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение, впервые выявленная. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки (1,0 см). Хронический антральный гастрит, ассоциированный с инфекцией Helicobacter рylori в фазе обострения.

б) Диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки установлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, ноющие, голодные (по ночам), исчезающие после приема пищи, тошноту, отрыжку кислым содержимым, снижение аппетита, запоры, иногда – рвоту желудочным содержимым, чаще на высоте болей, приносящую облегчение, на основании данных ЭГДС (хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки 1,0 см в диаметре,). Диагноз хронического гастрита ассоциированного с инфекцией Helicobacter pylori установлен на основании данных ЭФГДС: гиперемированная слизистая оболочка желудка, и данных морфологии слизистой оболочки желудка (лимфоидная инфильтрация, выявление Helicobacter pylori).

в) Пациенту рекомендовано. Биохимические анализы крови: сывороточное железо, АлАТ, АсАТ, амилаза крови – для исключения других возможных причин имеющихся у пациента жалоб со стороны других органов пищеварительной системы.

УЗИ для уточнения состояние печени, желчного пузыря и поджелудочной железы и получения информации о тонусе и перистальтике желудка.

Определение уровня пепсиногена и базального и стимулированного гастрина-17 для исключения атрофии желудка.

Для снижения риска последующих реинвазий Helicobacter pylori – обследование ближайших членов семьи пациента на данную инфекцию (особенно, с учётом язвенного анамнеза – отца пациента).

г) С целью эрадикации Helicobacter pylori – любую эрадикационную схему первой линии, но более рекомендованной схемой выбора, учитывая не высокие показатели резистентности Helicobacter pylori к кларитромицину в России (<10%), является стандартная тройная терапия.

Трёхкомпонентная схема эрадикации. Продолжительность терапии не менее 10 дней. Обязательные компоненты.

Ингибитор протонной помпы в стандартной дозе: рабепразол 20 мг 2 раза в сутки или омепразол 20 мг 2 раза в сутки или пантопразол 40 мг/сутки (в два приёма) или другие.

Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки.

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.

Для повышения эффективности тройной терапии возможно:

назначение удвоенной дозы ингибиторов протонной помпы, увеличение продолжительности терапии до14 дней, добавление к стандартной терапии висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в сутки, добавление к стандартной терапии пробиотика Saccharomyces boulardii по 250 мг 2 раза в сутки, отказ от курения.

Дополнительной терапии гастрита ассоциированного с инфекцией Helicobacter pylori не требуется.

д) Продолжительность лечения ингибиторами протонной помпы определяется результатами эндоскопического контроля, который следует проводить с интервалами 2-4 недели от начала лечения.

Через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии (и не раньше, чем через 2 недели после отмены терапии ингибиторами протонной помпы) следует провести контроль успешности эрадикационной терапии, лучше, если будут использованы 2 или3 методики контроля: ПЦР (определения ДНК Helicobacter pylori) в кале и/или дыхательный (предпочтительнее) и/или эндоскопический уреазный тест, и/или морфологическим методом. При не успехе эрадикации пациенту следует назначить эрадикационную терапию второй линии, с последующим контролем эрадикации. При не успешности терапии второй линии – терапию третьей линии.

При выявлении указанными методиками Helicobacter pylori у членов семьи пациента следует рекомендовать эрадикацию и им.

Немедикаментозная терапия. Нормализация режима труда и отдыха, режима питания (есть регулярно, небольшими порциями), диета №1 по Певзнеру, отказ от курения и злоупотребления алкоголем.

Задача 10.

а) Гипертоническая болезнь, II стадия. Артериальная гипертония II степени. Высокий риск. СН I стадии. ФК . Метаболический синдром. Ожирение 1 ст.

б) Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании жалоб больной на повышение АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 3 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, указанных при сборе анамнеза. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка, признаки гипертонической ангиопатии сетчатки). Степень риска ССО поставлена на основании факторов риска, наличия метаболического синдрома, степени повышения АД, поражения органов-мишеней. Сердечная недостаточность 1 стадии диагностирована на основании жалоб на одышку при нагрузке.

Диагноз метаболического синдрома установлен на основании наличия ожирения (ИМТ - 33), АГ, дислипидемии (повышения уровня холестерина и ЛПНП).

в) Пациентке рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, креатинин с расчетом СКФ, билирубин, АсАТ, АлАТ, натрий, калий. Для установления ФК ХСН показано проведение теста с 6 минутной ходьбой, оценкой по школе ШОКС.

г) Чаще всего гипертоническую болезнь приходится дифференцировать с симптоматической артериальной гипертонией на фоне заболеваний почек (пиелонефрит, гломерулонефрит), поражения почечных артерий, эндокринной патологии (болезнь и синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитома, первичный гиперальдостеронизм).

д) Цель лечения артериальной гипертонии в данном случае является АД менее 140/90 мм рт.ст. В качестве стартовой терапии можно рекомендовать препарат из группы дигидропиридиновых антагонистов кальция. Выбор препарата из этой группы основан на их органопротективных свойствах и безопасности применения у пожилых.

Задача 11.

а) Наиболее вероятной причиной синкопальных состояний с учетом возраста у данной пациентки является нарушения ритма или проводимости, в связи с чем необходимо в первую очередь провести суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

б) ИБС. Безболевая ишемия миокарда. Преходящая полная АВ блокада с приступами МЭС. СН 1 ст.

в) Безболевая ишемия миокарда и преходящая полная АВ блокада диагностирована на основании данных мониторирования ЭКГ по Холтеру. Жалобы на головокружение, с эпизодами кратковременной потери сознания на фоне выявленных нарушений проводимости трактуются как эпизоды Морганьи-Эдемса-Стокса.

Сердечная недостаточность 1 стадии диагностирована на основании жалоб на одышку при нагрузке.

г) Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, расчет СКФ, билирубин, АсАТ, АлАТ, фибриноген, АЧТВ, ПТИ, ПТВ. Для установления ФК ХСН показано проведение теста с 6 минутной ходьбой, оценкой по школе ШОКС. Рентгенография грудной клетки необходима для исключения застойных явлений в легких.

д) Учитывая наличие клинических проявлений у данной пациентки с преходящей полной поперечной блокадой в виде приступов МЭС, ей показана имплантация ЭКС в режиме demand.

Задача 12.

а) ИБС. Стабильная стенокардия II ФК. Желудочковая экстрасистолия IV Б гр. по Ryan. Гипертоническая болезнь, II степени, III стадии. ОВР. СН II а стадия, ФК II.

б) ИБС - стабильная стенокардия напряжения, ФК II установлен на основании жалоб на боль в груди давящего характера при нагрузке (подъем на 2-3 этаж), при ходьбе 300-400 м, потливость, данных анамнеза заболевания: указанные жалобы беспокоят в течение 3-х месяцев, данных БАК: общий холестерин - 6,9 ммоль/л. Диагноз: Гипертоническая болезнь 3 степени установлен на основании данных анамнеза: повышение АД до 160/95 мм рт.ст., II cтадия установлена на основании наличия поражения органов-мишеней: сердца (данные ЭКГ – гипертрофия миокарда ЛЖ). ОВР установлен на основании наличия факторов риска - мужской пол, дислипидемия: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л, гипертрофия левого желудочка.

Дислипидемия установлена на основании БАК: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л.

Сердечная недостаточность диагностируется II a на основании жалоб на одышку, потливость при нагрузке, пастозность голеней и стоп.

Тест с 6-минутной ходьбой: 420 метров – говорит о ФК II ХСН. Желудочковая экстрасистолия IV Б гр. по Ryan диагностирована на основании жалоб на перебои в работе сердца, чувство замирания в груди, данных ЭКГ: парная полиморфная желудочковая экстрасистолия.

в) Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек; суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру – для выявления частоты желудочковой экстрасистолии и депрессии сегмента ST.

г) Для купирования боли: короткодействующие нитраты по необходимости.

Для улучшения прогноза:

Антиагреганты (Аспирин 75 – 150 мг/сут)

Статины. Целевой уровень общего холестерина ≤4 ммоль/л, уровень ЛПНП≤ 1,8ммоль/л.

Ингибиторы АПФ: периндоприл А – целевая дозировка 5 мг/сут. Целевой уровень АД<140/90 мм рт.ст.

Для лечения желудочковой экстрасистолии β-адреноблокаторы: метопролол тартрат 50 мг/сут. Целевая ЧСС – 55-60 уд. в мин.

д) С учетом сохранения жалоб на перебои в сердце и нарушения ритма в виде желудочковой экстрасистолии по данным суточного мониторирования по Холтеру, целесообразно решить вопрос о назначении антиаритмической терапии в виде амиодарона. Перед назначением данного препарат необходимо провести УЗИ щитовидной железы, исследование гормонов Т4св., ТТГ: для выявления возможных противопоказаний к применению данного препарата. В случае отсутствия противопоказаний амиодарон назначается по схеме 200 мг 3 раза в день 7 дней, затем 200 мг 2 раза в день 7 дней, далее – 200 мг в день 5 дней в неделю.

Задача 13.

а) ИБС. Микроваскулярная стенокардия. ФК III.

б) Диагноз установлен на основании наличия триады признаков: 1) типичная стенокардия, возникающая при нагрузке (реже - стенокардия в покое), 2) положительный результат ЭКГ с нагрузкой или других стресс-тестов (депрессия сегмента ST при проведении ВЭМ-пробы, ХМЭКГ), 3) малоизмененные коронарные артерии на ангиограмме.

1. ФК III установлен на основании жалоб на на боли за грудиной давящего характера, приступообразные, возникающие во время ходьбы в обычном темпе на расстояние до 200м, реже в покое, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся приемом 1таблетки нитроглицерина через 3 минуты, либо в покое, данных велоэргометрии: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной, Холтеровского мониторированиея: выявлено 3 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время ходьбы в обычном темпе.

в) Для купирования боли: короткодействующие нитраты по необходимости.

Для улучшения прогноза:

Антиагреганты (Аспирин 75 – 150 мг\сут)

Статины. Целевой уровень общего холестерина≤4 ммоль\л, уровень ЛПНП≤ 1,8ммоль\л.

Для облегчения симптомов: частотоурежающие препараты (β-адреноблокаторы). Целевая ЧСС – 55-60 уд. в мин.

г) Лечение кардиомагнилом в дозе 75 мг необходимо продолжить.

В связи с тем, что целевой уровень общего холестерина и холестерина ЛПНП не достигнут, дозу розувастатина необходимо увеличить до 20 мг/сут. с последующим увеличением дозы при необходимости под контролем липидного спектра, трансаминаз.

В связи с тем, что целевой уровень ЧСС не достигнут дозу бисопролола увеличить до 5 мг/сут. с последующим увеличением дозы при необходимости под контролем ЧСС, АД.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) *31.08.48 Скорая медицинская помощь*

дисциплина: Терапия

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I.** ИБС. Классификация, клиника и диагностика стабильной ИБС. Особенности диагностики у отдельных групп больных и при сопутствующих заболеваниях (гендерные и возрастные особенности, при АГ, СД).

**II.** Ситуационная задача.

Заведующий кафедрой

клинической медицины (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знатьклассификацию основных терапевтических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии. | вопросы № 1, 3, 6-8, 12, 14-16, 18-23. |
| Уметьопределять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания № 1-13 |
| Владетьметодами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания № 1-13 |
| 2 | ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи | Знатьметоды лечения и алгоритмы ведения пациентов основных терапевтических заболеваний | вопросы № 2, 4-7, 10-23. |
| Уметьопределять методы лечения и тактику ведения на основе установленной патологии | практические задания № 1-13 |
| Владетьметодами оценки эффективности лечебных мероприятий | практические задания № 1-13 |