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**

**ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

по специальности

*31.05.01 Лечебное дело­*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности *31.05.01 Лечебное дело,* утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,

протокол № 8 от «25» марта 2016 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 **зачета**.

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 учебном 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:**

ОК-1 способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ОПК-6 готовность к ведению медицинской документации

ОПК-8 готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач

ПК-2 способность и готовность к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

ПК-7 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации

ПК-10 готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

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

**Оценочные материалы в рамках 1 модуля дисциплины.**

**Подготовка и оформление санитарно-просветительной беседы.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости:** реферат.

*Примерные темы санитарно-просветительных бесед*

1. О вреде курения

2. Влияние алкоголя на организм человека

3. Алкоголь и потомство

4. Наркотики и здоровье

5. Гиподинамия – враг здоровья

6. Гигиена половой жизни

7. Режим и здоровье

8. Диетотерапия при… (указать заболевание)

9. Вредные привычки и здоровье

10. Путь к здоровью

11. Питание и здоровье

12. Вода в нашей жизни

13. Борьба с вредными привычками: курение

14. Алкоголь и здоровье

15. СПИД. Профилактика СПИДА

16. Сон и здоровье

17. Организация труда и отдыха

18. Здоровый образ жизни

19. Движение – залог здоровья

20. Лечебная физическая культура при гипертонической болезни

21. Лечебные свойства меда

22. Атеросклероз. Пути его профилактики

23. Иммунизация населения

24. Курение и женское здоровье

25. Фитопрофилактика ОРВИ

26. Лекарственные травы

27. Что должен знать больной с … (указать патологию внутренних органов)

28. Профилактика туберкулеза

29. Профилактика онкологических заболеваний

30. Профилактика инфаркта миокарда

31. Подростковая наркомания

32. Ожирение и здоровье

33. Вирусный гепатит В и его профилактика

34. Грипп

35. Болезни грязных рук

**Оценочные материалы в рамках 2 модуля дисциплины.**

**Создание пакета документов (порядков, стандартов первичной медико-санитарной помощи, клинических рекомендаций).**

**Форма текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Каков *порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи*?
2. Какие лабораторные, инструментальные исследования и лекарственные препараты должны быть использованы согласно *стандарту ПСМП при обострении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)?*
3. Какие принципы диагностики, терапии и реабилитации пациентов с ХОБЛ Вы знаете согласно *Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ХОБЛ*?
4. Каковы принципы диагностики бронхиальной астмы (БА) у взрослых согласно *Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению БА*?
5. Каковы принципы ступенчатой терапии БА согласно *Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению БА*?
6. Каковы подходы к лечению обострения БАсогласно *Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению БА*?
7. Какие лабораторные, инструментальные исследования и лекарственные препараты должны быть использованы согласно *стандарту ПСМП при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)?*
8. Каковы подходы к диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ) согласно *Российским рекомендациям по диагностике и лечению АГ*?
9. Какие лабораторные, инструментальные исследования и лекарственные препараты должны быть использованы согласно *стандарту оказания ПСМП при стенокардии?*
10. Каков объем обследования, принципы лечения и диспансерного наблюдения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) согласно *Клиническим рекомендациям по диагностике и лечению хронической ИБС?*

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Организация работы поликлиники и врача амбулаторно-поликлинического звена в современных условиях. Основные синдромы в практике участкового терапевта.**

**Тема 1. Основные принципы организации поликлинической помощи населению в современных условиях. Функциональные обязанности участкового терапевта и врача общей практики. Медицинская документация. Приказы, регламентирующие деятельность поликлиники и участкового терапевта. Стандарты и порядки оказания первичной медико-санитарной помощи.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Учетная форма N 025/у «медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»

1) Ведется на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения

2) Заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку)

3) Заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение

4) Заполняется только при первом и завершающем посещении пациента

2. При заполнении учетной формы N 030/у «контрольная карта диспансерного наблюдения» номер карты должен соответствовать номеру

1) Страхового медицинского полиса пациента

2) СНИЛС пациента

3) «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у)

4) «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)

3. «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (учетная форма N 057/у-04) подписывается

1) Главным врачом

2) Заместителем главного врача по лечебной работе

3) Председателем врачебной комиссии

4) Заведующим отделением

4. При обращении к врачу-терапевту участковому в пункте 19 учетной формы N 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» необходимо выбрать пункт

1) Первичная доврачебная медико-санитарная помощь

2) Первичная врачебная медико-санитарная помощь

3) Первичная специализированная медико-санитарная помощь

4) Паллиативная медицинская помощь

5. Гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг (приказ МЗ и СР РФ от 22.11.2004 г. № 255) в схеме обязательного диспансерного наблюдения патронаж участковой медицинской сестры проводится 1 раз в

1) 6 месяцев

2) 3 месяца

3) Год

4) Месяц

6. Обратный (отрезной) талон «Справки для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (форма N 070/у) заверяется подписью

1) Лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации

2) Заместителя главного врача по организационно-методической работе санаторно-курортной организации

3) Председателя врачебной комиссии

4) Лечащего врача организации, направившей пациента на лечение

7. В форме N 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» подлежат учету

1) Случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи

2) Обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации

3) Случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях

4) Посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием

8. Учетная форма N 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг», по завершении отчетного периода подписывается

1) Врачом-терапевтом участковым и специалистом организационно-методического кабинета

2) Главным врачом

3) Председателем врачебной комиссии

4) Заместителем главного врача по организационно-методической работе

9. Учетная форма N 025/у «медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»

1) Ведется на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения

2) Заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку)

3) Заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение

4) Заполняется только при первом и завершающем посещении пациента

10. «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (форма N 070/у), выдаваемая лицу, имеющего право на получение социальных услуг, заверяется подписью

1) Лечащего врача

2) Главного врача

3) Председателя врачебной комиссии

4) Заместителя главного врача по организационно-методической работе

11. К методам санитарно-гигиенического просвещения среди населения относится

1) Изготовление санитарных бюллетеней по профилактике инфекционных болезней

2) Беседы только с больными

3) Беседы только с пожилыми лицами

4) Беседы только по телевидению

12. Учетная форма 090/у – это

1) Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

2) Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования

3) Статистический талон о впервые выявленном случае заболевания

4) Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

13. Плановые прививки проводят

1) Контактным в очагах

2) При угрозе брюшнотифозной инфекции

3) Населению города при угрозе распространения холеры

4) В соответствии с календарем прививок

14. Под стандартом оказания медицинской помощи понимают

1) Имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг

2) Формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий

3) Установленный в лечебно-профилактическом учреждении объем лечебно-диагностических мероприятий, отражающий возможности данного учреждения

4) Перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления

15. Медицинское свидетельство о смерти заполняется врачом поликлиники, если

1) Врач сам констатировал факт смерти

2) Пациент регулярно наблюдался в данной поликлинике и умер дома

3) Об этом сообщили родственники пациента

4) Смерть произошла в стационаре

16. Учетная форма 058/у – это

1) Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования

2) Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

3) Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

4) Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

17. Численность взрослого населения на одном терапевтическом участке составляет

1) 1200 чел.

2) 1700 чел.

3) 2500 чел.

4) 2000 чел.

18. Согласно федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ медицинская помощь - это

1) Комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний

2) Комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг

3) Сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания

4) Набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций

19. Экстренное извещение ф. № 058/у составляется на

1) Оперативное вмешательство

2) Необычную реакцию на прививку

3) Любое обращение в поликлинику

4) Первичный патронаж новорожденного

20. Справка для получения путевки (форма №070/у-04) действительна в течение

1) 6 месяцев

2) 12 месяцев

3) 1 месяца

4) 3 месяцев

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Понятие о первичной медико-санитарной помощь: основные принципы, виды, условия и формы оказания. Организация оказания поликлинической терапевтической помощи взрослому населению в Российской Федерации. Значение стандартов в оказании первичной медико-санитарной помощи.
2. Назовите основные принципы организации поликлинической терапевтической службы.
3. Назовите основные задачи поликлиники.
4. Организация терапевтической службы поликлиники: структура поликлиники.
5. Работа врача-терапевта на участке: задачи и функциональные обязанности врача-терапевта участкового/врача общей практики.
6. Назовите основные принципы оказания медицинской помощи пациентам на дому.
7. В чем заключаются аспекты профилактической, противоэпидемической работы участкового терапевта? Направление на санаторно-курортное лечение. Оформление документации.
8. Как осуществляется направление на госпитализацию? Каковы показаниях для плановой и экстренной госпитализации больных? Оформление документации.
9. Перечислите основные формы типовой учетно-отчетной медицинской документации в работе участкового врача. Укажите порядок оформления и ведение медицинской карты пациента, получающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.
10. Назовите основные показатели работы деятельности участкового терапевта.
11. Какие Вы знаете стационар замещающие формы оказания медицинской помощи?
12. Организация деятельности врача общей практики (семейного врача): определение, принципы работы, обязанности.

**Тема 2****Временная нетрудоспособность и её виды. Причины временной нетрудоспособности, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Уровни проведения экспертизы трудоспособности. Правила выписки листков нетрудоспособности в различных ситуациях.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАН ПОЗЖЕ ДНЯ РЕГИСТРАЦИИ ДОКУМЕНТОВ В БЮРО МСЭ И ПРИЗНАН ТРУДОСПОСОБНЫМ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМляют

1. закрыть днем регистрации документов
2. закрыть днем, предшествующим регистрации документов
3. зачесть все дни, затраченные на освидетельствование и выписать на

работу следующим днем

4)закрыть больничный лист днем освидетельствования

2. ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАН ПОЗЖЕ ДНЯ РЕГИСТРАЦИИ ДОКУМЕНТОВ В БЮРО МСЭ И ПРИЗНАН ИНВАЛИДОМ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМляют

1. закрыть днем освидетельствования
2. закрыть днем регистрации документов
3. закрыть днем, предшествующим регистрации документов
4. зачесть все дни, затраченные на освидетельствование

3. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУ-ДОСПОСОБНОСТИ на МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК до

1. 30 дней
2. 15 дней
3. 10 дней
4. 20 дней

4. РАБОТАЮЩЕМУ ИНВАЛИДУ МОЖНО ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДО-СПОСОБНОСТИ НА МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК до

1. 2 месяцев
2. 1 месяца
3. 2 недель
4. восстановления трудоспособности, но не более 4 месяцев

5. НА ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРЕДСТАВИТЬ:

1. путевку или курсовку
2. справку от администрации предприятия о предоставлении

очередного и дополнительного отпуска

1. санаторно-курортную карту
2. справку о заработной плате

6. КОГДА БОЛЬНОЙ НЕ ЯВИЛСЯ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ В НАЗНАЧЕННЫЙ СРОК, А ОБРАЩАЕТСЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ, листок нетрудоспособности

1. закрывается
2. закрывается и выдается справка не установленного образца
3. продляется
4. продляется со дня последнего обращения, в строке «нарушение

режима» указывается код о несвоевременной явке на прием к врачу с

указанием даты, в строке «иное» код – продолжает болеть

7. ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СЛУЧАЯХ

1. ни в каких
2. в любых, на общих основаниях
3. при наличии у него лицензии на этот вид деятельности

без ограничения срока – до полного выздоровления

1. при наличии у него лицензии на этот вид деятельности в пределах

средних сроков, но не более 15 дней

8. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЫДАЕТСЯ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ (ВЗРОСЛЫМ) ЧЛЕНОМ СЕМЬИ НА МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ДО

1. 3 дней
2. 6 дней
3. 7 дней
4. 1 месяца

9. ТАКТИКА ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА ПРИ ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

1. закрыть листок нетрудоспособности
2. то же и сделать соответствующую отметку в строках

«нарушение режима» и «Иное»

1. послать письменную форму в бюро МСЭ
2. продлить листок нетрудоспособности

10. При выписке гражданина после стационарного лечения При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается на весь период

1. стационарного лечения
2. стационарного лечения и может быть продлен до 7 календарных дней
3. стационарного лечения и может быть продлен до 10 календарных дней
4. стационарного лечения и может быть продлен до 15 календарных дней

11. ГРАЖДАНИНУ, НАПРАВЛЕННОМУ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ИЗ ЗДРАВПУНКТА И ПРИЗНАННОМУ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. выдается с момента обращения в здравпункт
2. выдается с момента обращения в поликлинику
3. выдается с момента обращения в здравпункт при наличии

медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность

1. не выдается

12. При протезировании в амбулаторно-поликлинических условиях больничный лист

1. выдается на весь период протезирования
2. не выдается
3. выдается сроком до 15 дней
4. выдается сроком до 30 дней

13. При многоплодной беременности листок нетрудоспособ-ности выдается сроком на

* 1. 140 дней
  2. 156 дней
  3. 186 дней
  4. 194 дня

14. лицу, проходящему профилактический осмотр выдается

1. листок нетрудоспособности
2. справка 095/у
3. справку произвольной формы
4. ничего не выдается

15. ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДВУХ ДЕТЕЙ ПО УХОДУ ВЫДАЕТСЯ

1. один больничный лист
2. два больничных листа
3. больничный лист не выдается
4. правильно 1, 2

16. пациенту с явными признаками временной нетрудоспособности в диагностическом центре, куда он прислан на консультацию, выдать ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. можно
2. можно только в случае проживания в данном регионе
3. нельзя
4. можно при выявлении онкозаболевания

17. при производственной травме удостоверяет ВРЕМЕННУЮ нЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ документ

1. никакой
2. листок нетрудоспособности
3. справка о бытовой травме
4. справка произвольной формы

18. Больной имеет больничный лист по ОРВИ с 18.03 по 22-03. На прием пришел 26.03 с объективными симптомами очаговой пневмонии. Оформить ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. продлить листок нетрудоспособности с 23.03 до выздоровления
2. то же, но дополнительно в строке о нарушении режима поставить соответствующий код
3. продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления
4. продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления, указав код о нарушении режима

19. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

1. пациентам, проходящим освидетельствование по направлению из военных комиссариатов
2. гражданам, находящимся под стражей или административным арестом
3. пациентам, при временной нетрудоспособности, наступившей в период ежегодного оплачиваемого отпуска
4. гражданам, проходящим периодический медицинский осмотр

20. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАют ВРАЧи

1. скорой помощи
2. травматологического пункта
3. санитарный врач
4. станции переливания крови

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Охарактеризовать понятие «Временная нетрудоспособность» и ее виды.
2. Уровни проведения экспертизы трудоспособности.
3. Причины временной нетрудоспособности. Перечислить документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.
4. В каких случаях временная нетрудоспособность удостоверяется больничным листом?
5. Перечислить функции листка нетрудоспособности.
6. Какой приказ содержит основные нормы, регулирующие порядок выдачи листа нетрудоспособности?
7. Как осуществляется организация экспертизы временной нетрудоспособности в поликлинике?
8. Перечислите категории медицинских работников, имеющих право выдачи ЛН.
9. Перечислите категории медицинских работников, не имеющих право выдачи ЛН.
10. Кто имеет право на получение ЛН?
11. Категории лиц, не имеющих право на ЛН.
12. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах, в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин)
13. Порядок выдачи ЛН за прошедшее время.
14. Порядок выдачи ЛН при обращении пациента к врачу после окончания работы и признании его временно нетрудоспособным.
15. Порядок выдачи и продления ЛН пациенту при выписке из стационара.
16. Порядок выдачи ЛН при очередном отпуске, отпуске без сохранения заработной платы, отпуске по беременности и родам, уходу за ребенком до трех лет.
17. Какие документы предоставляются, кем выдается и как рассчитывается срок ЛН при санаторно-курортном лечении?
18. Порядок выдачи ЛН по уходу за больным членом семьи.
19. Порядок выдачи ЛН при карантине и протезировании.
20. Порядок выдачи ЛН по беременности и родам.
21. Правила оформления ЛН больным в состоянии алкогольного опьянения.
22. Правила оформления ЛН при несвоевременной явке на прием к лечащему врачу.
23. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности врачами, занимающимися частной медицинской практикой.
24. Состав и функции врачебной комиссии.
25. Каков порядок направления больного на МСЭК и оформление ЛН по результатам экспертизы?

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Пациентка К., находившаяся на больничном листе в связи с гриппом, должна явиться к врачу 18 августа, но она пришла 22 августа, так как уезжала за город. Врач признал ее нетрудоспособной, диагностировав очаговую пневмонию.

Оформить больничный лист.

**Задача № 2**

Пациент С., 45 лет, находившийся на больничном листе в связи с обострением гипертонической болезни, должен был явиться к врачу 20 сентября. Вышел на работу без разрешения врача. 25 сентября больной был на приеме в поликлинике, и участковый терапевт признал его трудоспособным.

Оформить больничный лист.

**Задача № 3**

Пациент Г., 50 лет. Основная профессия - сварщик. В связи с обострением хронического бронхита имел в течение года 2 больничных листа продолжительностью 25 и 30 дней. По справке ВК переведен на более легкую работу со снижением квалификации - курьера в Управлении. Другой работы администрация предоставить не могла. В настоящее время в связи с обострением легочного заболевания находится на больничном листе 3 недели.

вид нетрудоспособности. тактика участкового ВРАЧА.

**Задача № 4**

Пациент Р., 42, лет направлен на МСЭК 29 сентября. Больничный лист продлён с 24 по 28 сентября и закрыт. Дата закрытия больничного листа - 28 сентября.

Правильно ли оформлен больничный лист?

**Задача № 5**

Пациентка Р., 42 лет, направлена участковым врачом на МСЭК 1 октября. Однако она явилась в экспертную комиссию только 15 октября. Врачи МСЭК установили больной III гр. инвалидности.

Как оформить больничный лист?

**Задача № 6**

Пациент К., 43 лет, находился на больничном листе в связи с производственной травмой - ушибом правой кисти. 29 октября должен был явиться на прием к врачу, но заболел гриппом и вызвал участкового терапевта на дом.

Как оформить больничный лист?

**Задача № 7**

Пациент С, 49 лет. инженер-железнодорожник. С 1945 г.- инвалид III группы в связи с осколочным ранением на фронте в голову, ноги, с потерей правого глаза. С 1955 г. ему установлена бессрочная III группа инвалидности.

В этом году лечился в стационаре с диагнозом верхнедолевой абсцедирующей пневмонии. В течение 3 месяцев находится на больничном листе.

Предъявляет жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, одышку при ходьбе.

В анализе крови - лейкоцитов 7,0х109/л без сдвига в формуле. СОЭ - 20 мм/час. В анализе мочи изменений нет. На рентгенограмме остается негомогенное затемнение верхней доли левого легкого с очагами просветления. От оперативного удаления абсцесса легкого отказывается.

Направлен из поликлиники на МСЭК для решения вопроса о трудоспособности. Последний год больной был на административно-хозяйственной работе (оформлял документы в скульптурной мастерской).

трудоспособность.

**Задача № 8**

Сидоров направлен с профосмотра на обследование (глазное дно, ЭКГ ...)

Как освободить от работы?

**Задача № 9**

Гражданин Л. оформил отпуск без сохранения зарплаты. Отпуск с 10.11 по 16.11, а 12.11 - заболел ОРЗ.

Выдается ли документ, удостоверяющий нетрудо-способность и какой?

**Задача № 10**

Симонову выдан больничный лист в связи с заболеванием ОРЗ с 18.10. по 20.10. Явка на прием назначена на 20.10. Больной явился 25.10. В прошедший период уезжал в другой город в гости. При осмотре 25.10 диагностирована очаговая пневмония.

Как оформить больничный лист?

**Задача № 11**

Гражданин Н., 18 лет, слесарь по ремонту, направлен военкоматом в стационар для обследования, где поставлен диагноз: "Хроническая ревматическая болезнь сердца. Недостаточность митрального клапана. Н-0 ст."

Какой документ следует выдать?

**Задача № 12**

Пациент И., 49 лет лечился амбулаторно с диагнозом: "Обострение хронического бронхита". Имеет больничный лист. Отмечает ухудшение состояния с 27.01 по 29.01. На прием к врачу явился с запахом алкоголя.

Как оформить лист нетрудоспособности?

**Задача № 13**

Пациент С., 38 лет, инженер-конструктор. Обратился в поликлинику 10 сентября в 18 час, после работы. Врач диагностировал фолликулярную ангину.

Оформить больничный лист

**Задача № 14**

Пациент К., 53 лет. Уволился с работы по собственному желанию 12 октября. На следующий день развился тяжелый приступ стенокардии. Врач скорой помощи сделал инъекции анальгетиков и рекомендовал соблюдать постельный режим до снятия ЭКГ.

оформить нетрудоспособность больного

**Задача № 15**

Пациент Н., 42 лет, машинист. В связи с артериальной гипертензией 1 ст. направлен в санаторий с 1 по 24 октября по путевке, полученной бесплатно из средств социального страхования.

Очередной и дополнительный отпуск приходится на время с 1 по 20 октября. С 21 октября по 27 октября выдан больничный лист на недостающие для лечения дни и на проезд в санаторий и обратно. В период пребывания в санатории заболел очаговой пневмонией и был временно нетрудоспособен 17 дней.

оформить больничный лист.

**Тема 3. Стойкая утрата трудоспособности. Медико-социальная экспертиза. Задачи, стоящие перед ВК и МСЭК. Оформление индивидуальной программы реабилитации инвалидов, медицинской документации.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Установление группы инвалидности осуществляет

1) Лечащий врач

2) Врачебная комиссия медицинской организации

3) Заведующий отделением

4) Медико-социальная экспертная комиссия

2. При неблагоприятном прогнозе листок нетрудоспособности может продлеваться до

1) 4 месяцев

2) 10 месяцев

3) 6 месяцев

4) 30 дней

3. Индивидуальная программа реабилитации инвалида разрабатывается

1) Отделениями реабилитации

2) Бюро медико-социальной экспертизы

3) Отделениями медицинской профилактики

4) Санаторно-курортными учреждениями

4. На медико-социальную экспертизу пациента направляет

1) Главный врач

2) Лечащий врач

3) Врачебная комиссия медицинской организации

4) Лечащий врач и заведующий отделением

5. Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет

1) Бюро медико-социальной экспертизы

2) Территориальный фонд ОМС

3) Федеральное медико-биологическое агентство

4) Министерство здравоохранения

6. Датой установления инвалидности является

1) Дата непосредственного освидетельствования

2) Дата открытия больного листа

3) Следующий день после регистрации документов в бюро

4) Дата регистрации документов в бюро МСЭ

7. Право на льготы за счет средств федерального бюджета имеют

1) Ветераны боевых действий

2) Реабилитированные и репрессированные

3) Ветераны труда

4) Лица с системными заболеваниями соединительной ткани

8. Дает рекомендации о временном переводе работника по состоянию здоровья на другую работу

1) Лечащий врач

2) Председатель бюро МСЭ

3) Врачебная комиссия лечебного учреждения

4) Заместитель главного врач по ЭВН

9. К основному критерию разграничения временной и стойкой нетрудоспособности относят

1) Клинический и трудовой прогноз

2) Условия труда

3) Степень выраженности функциональных нарушений

4) Характер течения заболевания

10. На федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагается

1) Привлечение населения участка к прохождению диспансеризации

2) Краткое профилактическое консультирование

3) Участие в оформлении паспорта здоровья

4) Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов

11. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг, регламентирует приказ

1) Минздравсоцразвития РФ № 110 от 12.02.07

2) Минздравсоцразвития РФ № 84 от 16.08.04

3) Минздравсоцразвития РФ № 543н от 15.05.12

4) МЗ РФ № 1011н от 06.12.12

12. Пациент с выраженными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы и ограничением жизнедеятельности 2-3 степени признается

1) Инвалидом 1-й группы

2)Инвалидом 3-й группы

3) Инвалидом 2-й группы

4) Трудоспособным

13. Установление группы инвалидности осуществляет

1)Лечащий врач

2)Врачебная комиссия медицинской организации

3)Заведующий отделением

4)Медико-социальная экспертная комиссия

14. На какую численность населения формируются бюро МСЭ, являющиеся филиалами главного бюро? 1,8 – 2 тысячи

1)70 – 90 тысяч

2)50 – 70 тысяч

3)100-120 тысяч

15.Укажите максимальный срок временной нетрудоспособности, при превышении которой пациент подлежит направлению на МСЭ

1) 4 месяца

2)10 месяцев

3)6 месяцев

4)1 месяц

16. Укажите документы, которые необходимо предоставить пациенту в бюро МСЭ

1)Форма 070/у

2)Форма 072/у

3)Форма 030/у

4)Форма 088/у

17.Сколько категорий жизнедеятельности Вы знаете?

1)5

2)9

3)7

4)3

18. Дайте экспертное заключение о трудоспособности пациента с выраженными нарушениями функций сердечно-сосудистой системы и ограничением жизнедеятельности II-III степени

1)Трудоустроить через ВК

2)Признать инвалидом 1-й группы

3)Признать инвалидом 2-й группы

4)Признать трудоспособным

19. Бессрочно 1 группа инвалидности устанавливается у больного с

1)ХСН с отеком легких

2)ХСН ФК IV, нуждающегося в постоянном уходе

3)ХСН ФК IV, не нуждающегося в постоянном уходе

4)ХСН ФК I и II

20. Врач, какой специальности занимается оформлением направлением больного на МСЭ с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия II ФК, ПИКС (2008). Мерцательная аритмия тахисистолическая форма. СН II А стадии?

1)Терапевт

2)Кардиолог

3)Аритмолог

4)Невролог

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Структура и функции федеральных государственных учреждений МСЭ.

2. Порядок направления граждан на МСЭ.

3. Порядок признания гражданина инвалидом.

4. Критерии установления групп инвалидности. Критерии установления степени ограничения способности к трудовой деятельности.

5. Сроки установления групп инвалидности.

6. Причины инвалидности.

7. Перечень документов, оформляемых при проведении МСЭ.

8. Порядок обжалования экспертного решения.

9. Оформление листка нетрудоспособности при направлении на МСЭ.

10. Порядок заполнения направления на МСЭ (форма 088/у-06)

12. Положение об индивидуальной программе реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалида.

13. Набор социальных льгот для инвалидов в РФ.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

У больной К. образование высшее техническое, работает менеджером в отделе продаж бытовой техники. В 27 лет был выявлен врожденный порок сердца в виде расщепления передней створки митрального клапана и дефекта мембранозной части межжелудочковой перегородки, что сопровождалось митральной регургитацией III - IV степени, сбросом крови через дефект слева направо, повлекший незначительную дилатацию правого желудочка и развитие СН II А стадии. Была произведена хирургическая коррекция порока с постановкой оклюдера в месте дефекта и пластики митрального клапана. После операции при ЭХО-КГ митральная регургитация I степени, сброса крови через межжелудочковую перегородку не регистрируется. Объективно застойных явлений по кругам кровообращения не выявлено. Пациент находится на больничном листе 3,5 месяца.

Ваша экспертная тактика?

**Задача № 2**

Больной В., 55 лет, образование высшее техническое, работает инженером – сметчиком. В течение 10 лет страдает артериальной гипертензией. Максимальный подъем артериального давления до 190/115 мм. рт. ст. Гипотензивную терапию регулярно не принимал. Три месяца назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, которое привело к глубокому правостороннему гемипарезу, моторной афазии.

Сформулируйте диагноз. Нарушения каких основных функций организма имеют место? Проведите экспертизу трудоспособности.

**Задача № 3**

Больной Т., 57 лет, образование высшее юридическое, работает нотариусом. Ишемическая болезнь сердца выявлена 5 лет назад. Два года назад перенес острый мелкоочаговый инфаркт миокарда. С диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (2006 г.). СН I стадии – была установлена III группа инвалидности. Четыре месяца назад пациент переносит повторный крупноочаговый инфаркт миокарда, с развитием аневризмы левого желудочка. В настоящее время ангинозные боли возникают при ходьбе по ровной поверхности на расстояние 200 - 250 метров, сопровождающиеся выраженной одышкой, при объективном осмотре – ЧСС - 115 уд/мин., дефицит пульса 35 ударов. Влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Печень пальпируется на 2 см. ниже реберной дуги. Голени пастозны.

Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности. Дайте трудовые рекомендации.

**Задача № 4**

Больная О., 71 года, пенсионерка. С диагнозом: Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу – тетраплегия. Дисциркуляторная энцефалопатия III степени. Сенильная деменция – направлена в бюро МСЭ.

Ваша экспертная тактика?

**Задача № 5**

Больная Ф., 65 лет, пенсионер, длительно страдает остеоартрозом, полиостеоартрозом с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов. Неоднократно проводилось лечение по поводу выраженного синовита и периартрита коленных суставов с применением НПВП, курсов ходропротекторов как per os, так периартикулярно, внутрисуставным введением кеналога, синвиска. В последнее время отмечается прогрессирование недостаточности функции суставов и отрицательная рентгенологическая динамика: IV стадия в правом коленном, III – в правом тазобедренном суставах. УЗИ коленных суставов: резкое снижение толщины гиалинового хряща, местами отсутствие его визуализации, выраженные дегенеративно-дистрофические изменения ткани менисков с формированием больших кист, трещин. Дегенеративная кальцификация ткани сухожилий без признаков тендинита. Явлений синовита не отмечается. УЗИ тазобедренных суставов: резкое снижение толщины гиалинового хряща, его хондрокальциноз, дегенеративно-дистрофические изменения ацетабулярной губы - ее фрагментация. Незначительный синовит правого сустава. При осмотре суставов рук определяются плотные образования в области дистальных межфаланговых суставов.

Сформулируйте диагноз. Есть ли признаки стойкого ограничения трудоспособности. Лечебная тактика.

**Задача № 6**

Больная К., 42 лет, образование среднее специальное, работает на обувной фабрике швеей. Годназад впервые появились боль, чувство утренней скованности, припухлость в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обоих кистей, правом локтевом и коленных суставах, повышение температуры тела до 38 ̊ С. Пациентке был выставлен диагноз: Ревматоидный артрит. Назначена терапия метотрексатом (7,5 мг/в неделю) в сочетании с НПВП. Со временем появились суставные девиации на кистях, атрофия межостных мышц, безболезненные образования на разгибательной поверхности локтевых суставов, лимфоаденопатия, спленомегалия, лейкопения. При ЭХО-КГ выявлен выпот в полости перикарда. Отмечено снижение веса на 15 кг. В настоящее время длительность утренней скованности составляет 2-3 часа, СОЭ – 35 мм/ч, СРБ - ++, РФ ++. На рентгенограмме – околосуставной остеопороз, снижение высоты околосуставной щели, множественные узуры, подвывихи в пястно-фаланговых суставах.

Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности.

**Задача № 7**

Больная З., 39 лет, образование среднее специальное, работает мастером в цехе по изготовлению строительных смесей. Находится на диспансерном наблюдении у участкового терапевта с диагнозом: Бронхиальная астма, персистирующая, средней степени тяжести. Эмфизема. Пневмосклероз. ДН II стадии.

Определите трудоспособность.

**Задача № 8**

Больной Д., 32 года, образование высшее специальное, работает прорабом на стройке. Труд с умеренным физическим напряжением при неблагоприятных метеоусловиях. Поступил в стационар с жалобами на головную боль, боль в пояснице. Отеки на ногах, пояснице, лице, изменения цвета мочи. Больным себя считает в течение одного года, когда постепенно развивалась данная симптоматика. В анамнезе острый тонзиллит. Объективно состояние средней степени тяжести. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона над аортой. Пульс напряженный, 97 ударов в минуту. Артериальное давление 200/130 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул в норме. Суточное количество мочи - 800 мл. Отеки на лице, голенях, в поясничной области. ОАМ – цвет «мясных помоев», удельная плотность - 1028, белок 2 % ̥, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты измененные сплошь в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые. Креатинин 0,23 ммоль/л, клубочковая фильтрация 35% от должной.

Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности.

**Задача № 9**

Больному В. 57 лет (пенсионер) в результате дорожно-транспортного происшествия, повлекшие размозжение мягких тканей бедра, произведена высокая ампутация правой нижней конечности на уровне верхней третьи бедренной кости.

Ваша экспертная тактика?

**Задача № 10**

Больной Г. 53 лет после нахождения на больничном листке в течение четырех месяцев направлен в бюро МСЭ с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия II ФК. ПИКС (2008 год). СН I стадии. Дата направления в бюро в листке нетрудоспособности - 2 апреля. Пациент явился в бюро, зарегистрировал документы. Экспертиза произведена 4 апреля и установлена III группа инвалидности с ОСТ I степени. Больной не согласен с решением МСЭ.

Оформите больничный лист.

**Тема 4. Диспансеризация взрослого населения, порядок её проведения. Формирование диспансерных групп. Диспансеризация терапевтических больных. Документация по диспансеризации и её оформление.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Диспансеризация врослого населения проводится

1. 1 раз в 2 года
2. 1 раз в 3 года
3. 1 раз в 4 года
4. 1 раз в 5 лет

2. Диспансеризация проводится для инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда"

1. 1 раз в год
2. 1 раз в 2 года
3. 1 раз в 3 года
4. 1 раз в 4 года

3. К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ПО ИТОГАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ

1. здоровые, в том числе имеющие факторы риска при низком и среднем сердечно-сосудистом риске
2. нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи
3. не предъявляющие жалоб
4. с впервые выявленными хроническими заболеваниями в стадии ремиссии

4. ко II группе диспансерного наблюдения относятся

1. здоровые
2. предрасположенные к заболеваниям (группа повышенного риска)
3. больные с хроническими заболеваниями в декомпенсированной форме
4. больные с хроническими заболеваниями в компенсированной форме

5. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО

1. самостоятельно расширить объем диспансеризации либо отказаться от отдельных видов медицинских вмешательств
2. отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств
3. отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств по решению суда
4. отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, если он не работает

6. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ

1. страхового медицинского полиса пациента
2. СНИЛС пациента
3. талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025-1/у)
4. медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у)

7. ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИи ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПУТЕМ УГЛУБЛЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском
2. передача граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском под наблюдение соответствующего узкого специалиста
3. направление граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском на санаторно-курортное лечение
4. направление граждан с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском в стационар

8. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ФОРМИРУЮТ

1. 1 группу
2. 2 группы
3. 3 группы
4. 4 группы

9. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ

1. врач-терапевт участковый
2. врач отделения медицинской профилактики
3. врач дневного стационара
4. врач-кардиолог поликлиники

10. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ (МИН.)

1. 5
2. 10
3. 30
4. 60

11. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО НЕОТЛОЖНЫМ МЕРАМ САМОПОМОЩИ И ВЗАИМОПОМОЩИ ПРОВОДИТСЯ ЛИЦАМ

1. с сердечно-сосудистыми заболеваниями
2. злоупотребляющим алкоголем
3. злоупотребляющим сахаром
4. с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний

12. ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕНИИ диспансерного МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ ВНОСЯТСЯ В

1. паспорт здоровья
2. учетную форму № 25/у-04
3. маршрутную карту
4. карту учета диспансеризации
5. контрольную карту диспансерного наблюдения

13. СОГЛАСНО НОВЫМ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В \_\_\_\_ ЭТАП/ЭТАПА

1. один
2. два
3. три
4. четыре

14. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В КРОВИ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

1. до 30
2. до 45
3. старше 50
4. старше 55

15. ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕНИИ динамического диспансерного ОСМОТРА ВНОСЯТСЯ В

1. паспорт здоровья
2. учетную форму № 25/у-04
3. маршрутную карту
4. карту учета диспансеризации
5. контрольную карту диспансерного наблюдения

16. АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА, ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДИСПАНСЕРНЫМ ОСМОТРАМ

1. периодическим
2. предварительным
3. целевым
4. профилактическим

17. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В

1. полгода
2. год
3. 2 года
4. 3 года

18. ОСМОТРЫ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОПАТОЛОГИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА, СПИДА, ГЛАУКОМЫ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. профилактическими
2. целевыми
3. предварительными
4. периодическими

19. Кратность диспансерного наблюдения для больных со стабильной стенокардией напряжения II фк составляет

1. 2 раза в год
2. ежемесячно
3. 4 раза в год
4. 1 раз в год

20. Кратность диспансерного наблюдения II группы составляет

1. 1 раз в год
2. 2 раза в год
3. 4 раза в год
4. 6 раз в год

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Дайте определение диспансеризации.
2. Назовите основные цели диспансеризации.
3. На кого возлагается ответственность за организацию и проведение диспансеризации населения?
4. Перечислите основные задачи участкового терапевта.
5. Каковы задачи фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации?
6. Назовите этапы диспансеризации.
7. Перечислите контингент лиц, подлежащих диспансеризации.
8. Назовите цель I этапа диспансеризации.
9. Что включает в себя I этап диспансеризации?
10. Назовите цель II этапа диспансеризации.
11. Что включает в себя II этап диспансеризации?
12. Когда этапы диспансеризации считаются законченными?
13. Какие группы состояния здоровья Вы знаете?
14. Назовите сроки и периоды обследования и наблюдения диспансеризуемых в зависимости от той или иной группы и заболевания.
15. Перечислите основные документы диспансеризации.
16. Назовите показатели эффективности диспансеризации.
17. Что вам известно о взаимосвязи и преемственности в работе  
    лечебно-профилактических учреждений при проведении диспансеризации?
18. Назовите состав и задачи отделения профилактики.
19. Что такое диспансерное наблюдение?
20. Перечислите контингенты, подлежащие взятию на "Д" учет. ЧДБ.
21. Какое обследование включает в себя ДН?
22. Назовите основные документы ДН.
23. Какие критерии эффективности ДН?
24. Перечислите виды медицинских профилактических осмотров.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Пациент 3., 57 лет. Старший инженер отдела снабжения. Работа со значительным нервным напряжением и разъездами по городу в общественном транспорте.

Жалобы на онемение в левой ноге и руке, головную боль, головокружение, снижение памяти.

Анамнез: с 45 лет диагностирована гипертоническая болезнь. Вынужден был оставить работу начальника отдела снабжения и перейти на должность инженера без установления группы инвалидности. Через 10 лет после выявления артериальной гипертензии перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, после чего остался левосторонний гемипарез. Через 1 год развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, после чего установлена инвалидность II группы. В 2007 г. была операция по поводу гнойного тендовагинита правой кисти с последующей контрактурой в области II и III пальцев.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. АД 185/100 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево.

RV5,6>25 мм, STV5,6 ниже изолинии, Т (-) V5,6.

Холестерин 5,2 ммоль/л. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

Консультация невропатолога: остаточные явления повторных ишемических инсультов с левосторонним гемипарезом.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Трудовая направленность пациента - работать в производственных условиях не может.

**Вопросы:**

* + - 1. Поставьте предварительный диагноз.
      2. Определите трудоспособность больного.
      3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.
      4. Дальнейшая тактика лечения пациента.

**Задача № 2**

Пациентка Д., 51 года. Основная профессия - экономист. Работает директором магазина хозторга. Работа со значительным нервным напряжением.

Жалобы на головную боль, колющие боли в области сердца, общую слабость, повышенную возбудимость.

Анамнез: с 37 лет выявлена артериальная гипертензия, лечилась амбулаторно. 4 месяца находится на больничном листе в связи с повторными гипертоническими кризами. За этот срок 2 раза лежала в больнице, однако после выписки остается повышенное АД.

Объективно: рост 153см, вес 92 кг. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный. АД 180/115 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

Общий анализ крови и мочи в норме.

УЗИ почек: Эхоструктура и размеры почек не изменены, без деформации чашечно-лоханочной системы.

Экскреторная урография: нефрографический эффект синхронный. Чашечно-лоханочная система не изменена. При аортографии сужения почечных артерий нет.

Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

ЭКГ: синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. RI>SIII, SIII>RIII, RV5-6 >25 мм.

Направлена на МСЭК в связи с длительным сроком временной нетрудоспособности. Желает продолжать работать.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите трудоспособность больного.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.

**Задача № 3**

Пациент Б., 49 лет, токарь. Вытачивает на станке мелкие детали весом 200 - 250 г. Работа с постоянным умеренным физическим напряжением и постоянным напряжением зрения. До работы 30 мин. езды в троллейбусе.

Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, нарушение речи. С 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь, ранее АД не измерял. Регулярно не лечился. В 48 лет перенес повторное острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, после чего установлена инвалидность II группы.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 180/110 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме.

ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево. RI>SIII, SIII>RIII, RV5-6>25 мм.

Консультация невропатолога: Последствия ОНМК. Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Желает продолжать работу по специальности.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите трудоспособность больного.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.

**Задача № 4**

Студент, 21 года, обследуется в поликлинике в связи с впервые выявленным повышением артериального давления до пограничных цифр.

Обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, усиливающиеся после переутомления и эмоционального перенапряжения (например, в период сессии), быструю утомляемость, потливость, плохой сон.

Болен около 2 лет, головные боли участились в последние полгода, появилась раздражительность, неустойчивость настроения, с трудом засыпает. В семье обстановка неблагоприятная (отец злоупотребляет алкоголем). Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ОРВИ. Вредные привычки: курит с 14 лет. Наследственность: родители здоровы.

При осмотре: пониженного питания, тремор пальцев рук, ладони влажные, легкий акроцианоз, стойкий белый дермографизм. Органы дыхательной системы без патологических изменений. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, определяется дыхательная аритмия. АД при первичном осмотре 150/90 мм. рт. ст., при повторном измерении - 120/80 мм. рт. ст., ЧСС 90 - 80 уд. в 1 мин. Органы брюшной полости без отклонений от нормы.

В результате обследования, проведенного в поликлинике (общие анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки) патологических изменений не выявлено.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.
4. Дальнейшая тактика лечения пациента.

**Задача №5**

Пациентка 32 лет, ткачиха. В течение последних двух месяцев в результате контакта с хлопковой пылью на производстве страдает приступами удушья экспираторного характера 3-4 раза в неделю, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, иногда ночью.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты - 5,3х1012/л, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - 5,4х109/л, эозинофилы - 14%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эозинофилы - 5-7 в поле зрения, спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

Рентгенограмма грудной клетки вне приступа - в пределах нормы.

ФВД после купирования приступа удушья - в пределах нормы.

ЭКГ вне приступа - в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.
4. Дальнейшая тактика лечения пациента.
5. Определите трудоспособность больного.

**Задача №6**

Пациентка 43 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья (особенно затруднён выдох), ночное пробуждение из-за них дважды в неделю, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года. Указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Имеется аллергия на клубнику, антибиотики пенициллинового ряда. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры. Дыхание громкое, со свистом и шумом. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по средне-подмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД 26 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС104 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Дальнейшая тактика лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения и профилактических мероприятий.
5. Определите трудоспособность больного.

**Задача № 7**

Пациент Б., 56 лет. Мастер по обслуживанию центральных тепловых пунктов. Работа с умеренным физическим напряжением.

Жалобы на приступообразные давящие боли за грудиной при выходе на улицу, снимающиеся нитроглицерином; на одышку при подъеме в гору.

Анамнез: С 40 лет выявлена артериальная гипертензия. Регулярно не лечился. 2 года назад перенес инфаркт миокарда, после чего установлена инвалидность II группы.

Данные обследования: В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный. АД 200/100 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень выступает на 1 см. из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови и мочи - в норме.

ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево. QS в V1-5, ST на изолинии, Т (-) в V1-5 неглубокий.

Холестерин крови 4.6 ммоль/л. Сахар крови 4,8 ммоль/л.

Лечение коронароактивными препаратами без эффекта. От консультации кардиохирурга отказывается.

Направлен на переосвидетельствование на МСЭК.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите трудоспособность больного.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.

**Задача № 8**

Пациент Д, 45 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головные боли в височной области, больше к вечеру после работы в течение последних 3 месяцев. Одышка только при значительной физической нагрузке.

2 года назад перенес острый инфаркт миокарда без зубца Q. Давящие боли за грудиной беспокоят только при выполнении тяжелой физической работы в саду. АД не контролирует, хотя несколько раз у врача было зафиксировано повышение до 150/90 мм рт ст. Ежедневно принимает аторвастатин 10 мг и аспирин 125 мг.

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в 1 минуту, АД 150/90 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный, отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дальнейшая тактика лечения пациента.
3. Проведите контроль эффективности терапии.
4. Составьте план диспансерного наблюдения на год.

**Задача № 9**

Пациентка К., 61 года, пенсионерка, предъявляет жалобы на повышение АД до 170/95 мм. рт. ст., жгучие боли в области сердца, иррадиирущие в левую руку при подъеме на один этаж, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при незначительной нагрузке, дискомфорт в правом подреберье.

Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет. 2 года назад перенесла ОИМ (крупноочаговый).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, в нижних отделах симметрично выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Перкуторно левая граница сердца определяется на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, выслушивается систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений 95 ударов в 1 минуту, пульс - 92, АД - 175/95 мм ср ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из -под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Голени пастозны. Стул, мочеиспускание в норме.

ОХС крови - 7,0 ммоль/л, сахар крови – 4,2 ммоль/л, МАУ – 120 мг/сутки.

ЭКГ Гипертрофия левого желудочка, очагово-рубцовые изменения по задней стенке левого желудочка, желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии.

ЭХО-КГ изменена структура стенок аорты и створок аортального клапана, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, нарушена локальная (гипокинез задней стенки в серединном и апикальном сегментах) и снижена глобальная (ФВ 47%) сократимость миокарда, незначительная митральная недостаточность.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите трудоспособность больного.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.

**Задача № 10**

Мужчина 58 лет. Жалобы на жгучие боли в области верхней трети

грудины при спокойной ходьбе через 50-70 метров, одышку при незначительных физических нагрузках, приступы немотивированной слабости при ходьбе и в покое. Появление одышки сопровождается сердцебиением до 110 уд .в 1 мин.; в покое ЧСС около 80 в 1 мин. Иногда при ходьбе отмечает тяжесть в правом подреберье. В анамнезе: ОИМ 6 месяцев назад. При осмотре: бледность, цианоз губ, языка, кистей рук. Над легкими притупление перкуторного звука в межлопаточных областях, над нижними отделами - тимпанит и там же - жесткое дыхание, единичные сухие хрипы высокого тембра. Сердечно-сосудистая система: пульсация в 5, 4 и 3 межреберьях слева, левая граница на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии. I тон на верхушке резко ослаблен, акцент ІІ тона над легочной артерией, над аортой высокого тембра короткий систолический шум. Пульс - 88 уд. в1 мин. АД 140/80 мм. рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Отеков нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.
4. Дальнейшая тактика лечения пациента.
5. Определите трудовой и жизненный прогноз.

**Задача № 11**

Пациент И. 46 лет. Основная профессия - инженер-электрик. В настоящее время работает директором кинотеатра. Жалобы на одышку при быстрой ходьбе. С 25 лет диагностирован ревматический порок сердца. В анамнезе - комиссуротомия, после которой был инвалидом ІІІ группы.

Объективно: температура 36,4оС. В легких дыхание везикулярное. Над верхушкой сердца амплитуда І тона снижена, систолический шум. Над легочной артерией акцент ІІ тона. Пульс - 72 удара в 1 мин. ритмичный. АД 120/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень пальпируется на 1 см ниже уровня реберной дуги.

ЭКГ:Ритм синусовый. Вертикальная позиция сердца. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

СРБ-отрицательный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите трудоспособность больного.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на год.

**Задача №12**

Пациентка 32 лет. Жалуется на боли в пояснице, больше слева, усиливающиеся при движении, повышение температуры тела до 37,8°С, слабость, головные боли, плохой сон, снижение работоспособности.

2 года назад во время беременности наблюдалось повышение АД до 170/110 мм. рт. ст., отеки голеней; в моче - протеинурия, лейкоцитурия. Лечилась стационарно.

Последнее ухудшение отмечает в течение двух недель, связывает с переохлаждением.

Объективно: кожный покров бледный, отмечается пастозность лица. Система органов дыхания без особенностей. Граница относительной сердечной тупости слева в V межреберье по срединно-ключичной линии, тоны сердца ритмичные, АД 160/100 мм. рт. ст. Пульс 84 удара в 1 минуту. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левом подреберье. Симптом Пастернацкого слева положительный. Дизурических расстройств не отмечает. Периферических отеков нет.

Анализ крови: эритроциты - 4x10¹²/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 10,2x109/л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 68%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 28 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,066 г/л, лейкоциты - большое количество, эритроциты - 0-1 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: мочевина - 3,4 ммоль/л, креатинин - 97 мкмоль/л, глюкоза - 5,0 ммоль/л.

ЭКГ:Ритм синусовый с ЧСС 84 в 1 минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Окулист: сужение артерий сетчатки. Гинеколог: здорова.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Определите тактику лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения на год.

**Задача № 13**

Пациентка 36 лет, инвалид II группы. Жалуется на сильные боли, припухлость и ограничение движений в мелких суставах рук, голеностопных и коленных суставах, отмечает утреннюю скованность движений, повышение температуры тела по вечерам до 38,0°С. Больна 6 лет. РФ в сыворотке крови отрицателен.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план диспансерного наблюдения на год.

**Тема 5. Вопросы профпатологии в амбулаторно-поликлинической практике.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. К КАТЕГОРИИ СОБСТВЕННО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

1. экзему, дерматит
2. варикозное расширение вен нижних конечностей
3. бронхиальную астму, ХОБЛ
4. антракоз, вибрационную болезнь

2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ В ЦЕНТР

1) санитарно-эпидемиологического надзора

2) профпатологии

3) оказывающий специализированную помощь по ведущему синдрому

3) врачей общей практики

3. АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА, ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДИСПАНСЕРНЫМ ОСМОТРАМ

1) предварительным

2) целевым

3) периодическим

4) профилактическим

4. ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОТРАВЛЕНИЯ) НАПРАВЛЯЕТСЯ В УПРАВЛЕНИЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)

1) 24

2) 48

3) 72

4) 36

5. ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ В ПОСТОЯННОМ КОНТАКТЕ С ПРОМЫШЛЕННЫМИ АЭРОЗОЛЯМИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ХАРАКТЕРА

1) атрофического

2) геморрагического

3) гранулематозного

4) пролиферативного

6. ПНЕВМОКОНИОЗЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОТ ВДЫХАНИЯ ПЫЛИ, СОДЕРЖАЩЕЙ АСБЕСТ, ТАЛЬК, ЦЕМЕНТ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

1) силикозов

2) силикатозов

3) карбокониозов

4) металлокониозов

7. Пневмокониозы от вдыхания пыли, содержащей алюминий, бериллий, железо, относятся к группе

1) силикозов

2) силикатозов

3) металлокониозов

4) карбокониозов

8. Пневмокониозы от вдыхания пыли, содержащей графит, сажу, уголь, относятся к группе

1) силикозов

2) силикатозов

3) металлокониозов

4) карбокониозов

9. Наиболее характерные жалобы для силикоза

1) боли в грудной клетке

2) кашель

3) одышка

4) все перечисленные

10. К КАТЕГОРИИ ОСТРЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ

1) возникшие в результате воздействия повреждающего фактора большой интенсивности в течение одного рабочего дня или одной рабочей смены

2) возникшие в результате воздействия повреждающего фактора в течение не более трех рабочих смен

3) возникшие при длительном воздействии повреждающих факторов низкой интенсивности 4) возникшие в результате систематического воздействия повреждающего фактора небольшой интенсивности, обладающего кумулятивными свойствами

11. СОВОКУПНОСТЬ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ И ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКА, НАЗЫВАЕТСЯ

1) охрана труда

2) система управления охраной труда

3) условия труда

4) безопасность труда

12. УЧЕТНОЙ ФОРМОЙ 058/У ЯВЛЯЕТСЯ

1) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

2) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования

3) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

4) статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

13. УСТАНАВЛИВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ

1) врач-профпатолог

2) фельдшер скорой помощи

3) заведующий отделением ЦРБ

4) врач здравпункта предприятия

14. СРОК РАССЛЕДОВАНИЯ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ПРИ ЛЕГКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ (ДНИ)

1) 3

2) 2

3) 4

4) 5

15. РАССЛЕДОВАНИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1) отделом охраны труда

2) комиссией, назначенной руководителем предприятия

3) органом внутренних дел

4) профсоюзным комитетом

16. К диагностическим признакам силикоза относят  
1) изменения в периферической крови  
2) наличие "пылевых клеток" в мокроте  
3) рентгенологические данные   
4) данные спирографии

17. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ УЗЕЛКОВОЙ ФОРМЕ СИЛИКОЗА ОТНОСЯТ

1) затемнения лёгочной ткани более 1 см в диаметре

2) диффузное усиление и деформацию лёгочного рисунка в верхних отделах лёгких

3) интенсивные гомогенные затемнения лёгочной ткани от 5 до 10 см в диаметре

4) узелковые тени размером от 1,5 до 10 мм

18. УЧЕТНАЯ ФОРМА «ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ, НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ»

1) ф 064/у

2) ф 058/у

3) ф 030/у

4) ф 025/у

19. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ

1) листка нетрудоспособности

2) медицинской карты стационарного больного, статистической карты выбывшего из стационара

3) экстренного извещения об инфекционном заболевании, остром профессиональном отравлении

4) медицинской карты амбулаторного больного

20. Обрубщик, у которого диагностирован силикоз I стадии, в своей профессии

1) работать может  
2) работать не может   
3) вопрос о трудоспособности решается индивидуально  
4) может продолжать работу при динамическом наблюдении

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Понятие о профессиональных болезнях.

2. Общая характеристика профессиональных заболеваний. Классификация.

3. Пневмокониозы. Клинические проявления. Лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения.

4. Тактика участкового терапевта при выявлении профессионального заболевания. Показания для направления к профпатологу.

5. Профилактические медицинские осмотры.

6. Цеховая служба.

7. Врачебно-трудовая экспертиза.

8. Профилактика.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

Задача №1

Пациент 40 лет в течение 12 лет работал обрубщиком стального литья в контакте с пылью, содержащей более 10% свободного диоксида кремния. Два года назад был диагностирован силикоз 1 стадии.

При очередном обследовании предъявлял жалобы на усиление одышки, кашля, колющих болей в межлопаточных областях.

Объективно: перкуторный звук над нижними отделами легких с коробочным оттенком, подвижность легочных краев ограничена. Дыхание жесткое, ослабленное, единичные сухие хрипы.

На обзорной рентгенограмме легких: диффузное усиление и деформация легочного рисунка в средних и нижних отделах, множественные узелковые тени размером 2-4 мм в диаметре. Корни «обрубленной» формы, лимфатические узлы кальцинированы по типу «яичной скорлупы».

**Вопросы:**

1. Определить стадию и рентгенологическую форму силикоза.
2. Провести дифференциальную диагностику с диссеминированным туберкулезом легких по имеющимся клинико-рентгенологическим данным.
3. Назначить лечение. Возможно ли обратное развитие силикоза и выздоровление пациента?

Задача № 2

Пациент Л., 48 лет пожаловался участковому врачу учащение кашля, боли в грудной клетке без четкой связи с физической нагрузкой; одышку при ходьбе, постепенно нарастающую в течение последних 6 месяцев; слабость недомогание; потливость. В течение 12 лет работал пескоструйщиком /концентрация пыли, содержащей свободную двуокись кремния 12%, 28 мг/м3/. Два года назад у больного диагностирован силикоз (1p, 1s, em).

Объективно: легкий цианоз губ, ЧДД – 24 в 1 мин, перкуторный звук в нижних отделах обоих легких с коробочным оттенком. Дыхание ослабленное, в правой аксиллярной области жесткое, рассеянные сухие хрипы, под левой лопаткой нестойкие мелко- и среднепузырчатые хрипы.

Рентгенологически: легочный рисунок деформирован по ячеисто-сетчатому типу, в средне-нижних отделах, больше справа, округлые образования 1-2 мм в диаметре в умеренном количестве; более крупные полиморфные образования разной плотности в верхних отделах с обеих сторон. Апикальная плевра утолщена, массивные плевродиафрагмальные спайки.

**Вопросы:**

1. Каковы особенности профмаршрута и санитарно-гигиенической характеристики условий труда? Выделить клинические синдромы.

2. Установить предварительный диагноз.

3. Составить план дополнительного обследования, необходимый для окончательного диагноза.

Задача № 3

Пациент Д., 51 год, в течение 6 лет работает по размолу кварцевого песка. Основными жалобами являются кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, боли в грудной клетке, одышка при небольших физических нагрузках, боли в суставах рук и ног.

Объективно: пониженное питание, кожа сухая, слегка шелушится; атрофия мышц кистей; межфаланговые суставы кистей деформированы; пальцы в состоянии ладонной флексии; контуры лучезапястных суставов сглажены, движение в них ограничено.

Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно на всем протяжении коробочный звук. Аускультативно; ослабленное дыхание, выслушиваются единичные сухие хрипы, под левой лопаткой - мелкопузырчатые влажные хрипы. БК в мокроте не найдены, реакция Манту отрицательная. Нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля в базальных отделах эмфизематозны. Легочный рисунок диффузно усилен и деформирован; на фоне него имеются множественные мелкие плотные очаги, местами сливающиеся. Корни легких расширены, уплотнены.

Рентгенография кистей: на левой кисти отмечаются остеопороз всех костей, костный анкилоз лучевой кости и костей запястья, ногтевые и средние фаланги III и IV пальцев в состоянии ладонной флексии, подвывихи.

**Вопросы**:

1. Сформулировать и обосновать диагноз.
2. Назначить лечение.
3. Оценить медико-социальный прогноз.

Задача № 4

Пациент С., 39 лет, шофер легковой машины, поступил в профпатологический центр с жалобами на периодические неприятные ощущения в грудной клетке /в межлопаточной области и в левой половине грудной клетки/, одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Курит по ½ пачке сигарет в день около 20 лет. Работает шофером 5 лет /2 года на автобусе, последние 3 года на легковой машине/. Ранее работал 14 лет обдирщиком и шлифовальщиком на кругах из природных абразивов (песчаника). На работу водителем перешел по собственному желанию в связи с переездом в другой город. Последние 4 года профосмотры не проходил.

При обследовании: кожный покров обычной окраски и влажности. Подвижность нижних легочных краев 4-6 см. В нижних отделах легких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, на других участках – жесткое. Выслушиваются немногочисленные сухие рассеянные хрипы. Рентгенография легких: свежих и инфильтративных образований нет. На всем протяжении легких, исключая верхушки – множественные узелковые образования на фоне сетчатого фиброза, корни «обрублены», содержат петрификаты лимфоузлов. Справа – тень междолевой плевры.

**Вопросы**:

1. Сформулировать и обосновать диагноз.

2. Назначить лечение.

3. Провести медико-социальную экспертизу трудоспособности.

Задача №5

У пациента К., 32 лет, на очередном профосмотре на рентгенограмме легких были выявлены узелковоподобные тени диаметром 1,5-3 мм, преимущественно в средне-нижних отделах легких в умеренном количестве. Жалоб при осмотре не предъявлял.

Профмаршрут: в течение 10 лет работает электросварщиком на заводе. Из санитарно-гигиенической характеристики рабочего места: на сварочном участке подвергается воздействию аэрозолей окислов железа, марганца и других соединений с превышением ПДК в 6-10 раз. Вентиляция в цехе общеобменная, при работе в полузакрытых помещениях применяется газоотсос. Индивидуальные средства защиты: маска-щиток, СИЗ (специальная индивидуальная защита) органов дыхания не применялись. До поступления на завод рентгенологических изменений в легких не было.

При обследовании: перкуторно – легочный звук, дыхание жестковатое, хрипов нет. Спирография: показатели в пределах нормы, прироста на беротек не получено. Фтизиатр: данных за туберкулез легких не выявлено.

**Вопросы:**

1. Сформулировать предположительный диагноз с применением кодировки рентгенологических изменений в легких.

2. Определить дальнейшую тактику ведения больного.

3. Дать трудовые рекомендации.

 Задача №6

Женщина 44 лет, работница хлопкоперерабатывающей фабрики, предъявляет жалобы на приступы удушья, более выраженные в начале рабочей недели (по понедельникам), уменьшающиеся по продол­жительности к пятнице; почти постоянный кашель с отделением небольшо­го количества вязкой мокроты; одышку при ходьбе, усиливающуюся при физической нагрузке, работе в цехе, при резких перепадах погоды. Рентгено­логически определяется нерезкое усиление сосудисто-бронхиального ри­сунка, преимущественно в средне-нижних отделах; уплотнение корней; повышение прозрачности легочной ткани. Эозинофилии в крови и мокроте не выявлено. Спирографически – ОФВ1- 64*%*с приростом на беротек на 13%.

**Вопросы:**

1. Сформулировать и обосновать диагноз.

2. Выделить ведущие синдромы.

3. Провести экспертизу трудоспособности.

**Тема 6.** **Грипп и ОРВИ. Острый назофарингит (ангина). Дифференциальная диагностика, лечение, прогноз. Специфическая и неспецифическая профилактика.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА ИГРАЕТ

1. пневмококк
2. гемофильная палочка
3. вирус гриппа
4. вирус парагриппа

2. Продолжительность лихорадки при гриппе чаще всего составляет:

1. 1-3 дня;
2. 3-5 дней;
3. до 10 дней
4. свыше 10 дней

3. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

1. влажные хрипы
2. сухие хрипы
3. шум трения плевры
4. крепитацию

4. Возбудитель гриппа относится к:

* 1. ротавирусам;
  2. пикорнавирусам;
  3. ортомиксовирусам
  4. реовирусам.

5. ТАКТИКА ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИППА, ВЫЗВАННОГО ВЫСОКОПАТОГЕННЫМ ВИРУСОМ А (H1N1), ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ \_\_\_\_\_\_ МГ ОСЕЛЬТАМИВИРА 2 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ

1. 75, 5
2. 150, 5
3. 150, 10
4. 75, 10

6. СИНДРОМ ТРАХЕИТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. аденовирусной инфекции
2. парагриппа
3. риновирусной инфекции
4. гриппа

7. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ ЭФФЕКТАМИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЮТСЯ

1. жаропонижающий и противовоспалительный
2. анальгетический и противоаллергический
3. противовоспалительный и противорвотный
4. противошоковый и жаропонижающий

8. БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ГРИПП, СЛЕДУЕТ ВЫПИСАТЬ К ТРУДУ

1. после исчезновения катаральных явлений
2. через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа
3. через 5-6 дней от начала болезни
4. на фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры

9. ПРОТИВОВИРУСНЫМ СРЕДСТВОМ, АКТИВНЫМ В ОТНОШЕНИИ ШТАММОВ ГРИППА А, В, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Ремантадин
2. Ламивудин
3. Озельтамивир
4. Интерферон

10. ПРИ НЕОСЛОЖНЕНОМ ГРИППЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ИМЕЕТ МЕСТО

1. лейкоцитоз, моноцитоз
2. лейкоцитоз, нейтрофилез
3. лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
4. лейкопения, относительный лимфоцитоз

11. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПРОВОДИТСЯ ПРИ

1. гриппе
2. аденовирусной инфекции
3. парагриппе
4. РС-вирусной инфекции

12. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пневмоторакс
2. пневмония
3. панкреатит
4. пиелонефрит

13. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

1. сочетание ринофарингита и конъюнктивита с лимфоаденопатией
2. ангина
3. трахеит
4. отит

14. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ГРИППА ОТНОСИТСЯ

1. субфебрильная лихорадка
2. фебрильная лихорадка
3. отсутствие интоксикации
4. постепенное начало

15. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ С АЛЛЕРГИЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА НА ПЕНИЦИЛЛИН В АНАМНЕЗЕ ОТНОСЯТСЯ

1. аминопенициллины
2. антрациклины
3. макролиды
4. фторхинолоны

16. БОЛЬНОМУ ГРИППОМ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОКАЗАН СРОК ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА

1. до нормализации температуры
2. до полного выздоровления
3. на первые три дня
4. на первые 5-6 дней

17. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. дисфункция почек
2. иммуносупрессия
3. гиперчувствительность к яичному белку
4. инсулинзависимый сахарный диабет

18. В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

1. ИФА
2. ПЦР
3. флюороиммунный метод
4. реакция связывания комплемента

19. ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО

1. ринитом
2. конъюнктивитом
3. головной болью
4. трахеитом

20. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

1. острый ринит
2. гектическая лихорадка
3. фарингоконъюнктивальная лихорадка
4. трахеит
5. ларингит

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Назовите основные формы ОРЗ.
2. Факторы, определяющие вирусное поражение респираторной системы
3. Дайте определение гриппу. Перечислите наиболее значимых в эпидемиологическом плане возбудителей.
4. Перечислите типичные клинические проявления при гриппе.
5. Диагностические критерии гриппа
6. Перечислите диагностические симптомы гриппа и других ОРВИ.
7. Какие различают осложнения при ОРЗ?
8. Укажите принципы лечения гриппа. Каковы показания для назначения антибактериальных средств.
9. Требуется ли диспансеризация больным, перенесшим ОРЗ?Ведение больного гриппом в амбулаторных условиях.
10. Каковы принципы лечения и профилактики аденовирусной инфекции?
11. Острый назофарингит: диагностика, лечение, профилактика.
12. Проведите дифференциальную диагностику острых респираторных заболеваний: назофарингита, ларинготрахеита, бронхита, трахеобронхита.
13. Проведите ВТЭ больным с ОРВИ. Прогноз.
14. Показания для госпитализации больных гриппом
15. Какие основные профилактические мероприятия при ОРЗ? Специфическая и неспецифическая профилактика.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Пациентка К., 33 года, учительница начальной школы. Жалуется на кашель с небольшим количеством вязкой мокроты белого цвета. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в хо­лодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. На этом фоне сохраняются субфебрильная температура тела 37,1-37,2°С, слабость, потливость. Пациентка не курит. Настоящее ухудшение после перенесенной ОРВИ, сохра­няется кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты.

При **осмотре** состояние относительно удовлетворительное. Тем­пература тела 37,1 °С, кожные покровы влажные, цианоза нет. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук, при аускультации - жесткое дыхание. ЧДД - 18 в минуту. ЧСС - 70 в минуту. АД -110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены.

В **общем анализе крови:** эритроциты - 3,8 млн, гемоглобин -130 г/л, лейкоциты - 8,8 тыс. (п/я - 3%, с/я - 43%), лимфоциты -45%, моноциты - 7%, эозинофилы - 2%.

В **анализе мокроты:** лейкоциты - 20-30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не определяются.

**Рентгенография** органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, корни структурны.

**ФВД:** ЖЕЛ - 84%, *ОФВ1* - 82%, МОС 25 - 94%, МОС 50 -82%, МОС 75 -86%.

**Вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте пред­варительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача № 2**

Пациент Н., 69 лет, пенсионер, в течение 50 лет выкуривающий до 20-25 сигарет в день, поступил с жалобами на повышение темпера­туры тела максимально до 38,6°С в течение последних суток, с озно­бом, а также на слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой по­ловине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переох­лаждением. В анамнезе - артериальная гипертония, редкие приступы стенокардии напряжения.

При **осмотре** состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Пери­ферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укоро­чение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыха­ния и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахи­кардия (ЧСС 100-110 в минуту, определяются экстрасистолы до 5-8 в минуту), АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия. Печень, селезен­ка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет.

В **анализах крови:** эритроциты - 4,1 млн, гемоглобин - 11,6 г%, Hct- 46%, ЦП - 0,85, лейкоциты - 18,6 тыс. (п/я - 4%, с/я - 80%), лимфоциты - 12%, эозинофилы - 2%, базофилы - 0%, моноциты -2%), СОЭ - 46 мм/ч, СРВ - +++; рО2 - 58%, рС02- 34% (капил­лярная кровь).

В **общем анализе мокроты:** характер слизисто-гнойный, кон­систенция вязкая, лейкоциты 40-60 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, крис­таллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки.

В **анализах мочи:** удельный вес -1018, следы белка, лейкоциты -4-6-8 в поле зрения.

Пациенту выполнена **рентгенография** органов грудной клетки.

**Вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения до­полнительных исследований.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача № 3**

Больная 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 ºС. Больна в течение 3 дней. Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налетом беловатого цвета, легко снимающимся, налет растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована.

В анализе крови: лейкоциты 13,5×109/л, эритроциты 3,9×1012/л, Нb-121 г/л, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 62%, лимфоциты 26%, моноциты 2%, эозинофилы 2%, СОЭ 25 мм/час.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Через 2 дня у данной больной усилились жалобы на боль в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Объективно: температура 38,5 ºС. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счёт смещения правой миндалин медиально. Язычок резко отёчен и смещён несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. Как вы можете оценить подобную ситуацию? Поставьте диагноз и обоснуйте.

4. Какие методы диагностики необходимо провести?

5. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ.10

**Задача № 4**

Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжѐлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×109/л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие методы диагностики необходимо провести?

4. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ.10

**Задача № 5**

Мужчина 47 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°С градусов, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение.

Из анамнеза известно, что пациент заболел 3 дня назад – после переохлаждения повысилась температура тела, появился кашель. Лечился самостоятельно (Аспирин, Парацетамол), но состояние ухудшалось: появились вышеперечисленные жалобы. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, цианоз губ, кончиков пальцев. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в IV-V межреберье по среднеключичной линии справа. При аускультации в том же отделе дыхание бронхиальное, крепитация. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 85/50 мм рт. ст. Сатурация – 80%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.

В общем анализе крови: лейкоциты – 22×109/л, юные формы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 23%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 30%, моноциты -5%. СРБ – 125 мг/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова тактика лечения данного пациента, назовите препараты «стартовой» терапии и препараты резерва?

5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента после выписка из стационара?

**Задача № 6**

Больная Ч., 28 лет, учитель. Вызвала врача в связи с плохим самочувствием и невозможностью продолжать работу в школе. Больна 3-й день. Заболевание началось с насморка и кашля, вскоре поднялась температура до 38°С. В момент осмотра жалуется на головную боль, слабость, першение в горле, резь в глазах и слезотечение. При осмотре отмечены заложенность носа, чихание, влажный кашель, скудные слизисто-кровянистые выделения из носа, раздражение кожи под носом и над верхней губой. Слизистая глотки умеренно гиперемирована, рыхлая, миндалины увеличены, слизистые наложения в лакунах. Конъюнктивы гиперемированы, больше слева. Пальпируются увеличенные подчелюстные и переднешейные лимфоузлы. В легких и сердце – без патологии. Пульс – 80 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный, край печени – у реберной дуги. Менингеальных явлений нет. Физиологические отправления в норме.

**Вопросы:**

* 1. О каком заболевании из группы ОРВИ следует думать и почему?
  2. С какими заболеваниями можно дифференцировать?

**Задача № 7**

Больной И., 25 лет, обратился к врачу в связи с плохим самочувствием, сухим болезненным кашлем, насморком и затрудненным дыханием. Говорит сиплым голосом. Болен 3 день, заболевание связывает с переохлаждением. Сначала появились ощущение першения в горле, заложенность носа и сиплый голос, затем кашель стал грубым. Температура тела была повышена незначительно (37,4°С). Не лечился, т.к. не переносит многих лекарств. Сегодня ночью стало хуже, исчез голос, кашель стал болезненным, стало трудно дышать. При осмотре: состояние средней тяжести. Одышка (26 в минуту). Громкий, сильный “лающий” кашель. После откашливания голос появляется, но затем снова пропадает. АД – 130/90 мм рт. ст., пульс – 90 ударов в минуту, температура – 38,0°С. В легких – сухие хрипы, слизистая оболочка миндалин, дужек и задней стенки глотки неярко гиперемирована, слегка отечна. Со стороны других внутренних органов – без патологии.

**Вопросы:**

* 1. Поставьте диагноз.
  2. Проведите дифференциальный диагноз.
  3. Назначьте обследование и лечение.

**Задача № 8**

К больной Р., 27 лет, няне детского сада, где зарегистрирована вспышка ОРВИ, вызвана “скорая помощь”. Врач обнаружил больную без сознания, на одежде были следы рвотных масс. По словам сотрудников, больная пришла на работу с опозданием, сказала, что заболела гриппом, болит горло и голова, знобит. В медицинской комнате, куда отвели больную, она потеряла сознание. При осмотре: температура тела – 40,0°С, сознание отсутствует. Кожа влажная, цианотичная, на животе, груди, бедрах, ягодицах – геморрагическая сыпь и отдельные кровоизлияния звездчатой формы. Одышка, пульс – 120 ударов в минуту, слабого наполнения, тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный. Выражена ригидность мышц шеи, положительные симптомы Кернига и Брудзинского.

С диагнозом “грипп, отек мозга” отправлена в инфекционную больницу.

**Вопросы:**

* 1. Согласны ли Вы с таким диагнозом?
  2. Проведите дифференциальный диагноз.

**Тема 7. Лихорадка и субфебрилитет неясного генеза.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. В обязательный минимум лабораторных исследований длительно лихорадящих больных входят

1. Определение в мазке малярийных плазмодиев
2. Бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз
3. Определение в мазке малярийных плазмодиев, бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз, общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы
4. Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

2. Показанием к назначению антибактериальной терапии при обострении хронического обструктивного бронхита является

1. Лихорадка и гнойная мокрота
2. Усиление одышки
3. Увеличение количества сухих хрипов при аускультации
4. Лимфоцитоз мокроты

3. Основным методом выявления возбудителя туберкулеза в амбулаторных условиях является

1. Иммунологический
2. Культуральный (бактериологический)
3. Биологический
4. Бактериоскопический

4. Больной с впервые выявленными изменениями на флюорограмме должен быть привлечен к дообследованию в течение

1. 3 недель
2. 4 недель
3. 2 недель
4. 6 недель

5. Основным этиологическим фактором развития острого гломерулонефрита считается

1. Cтафилококк
2. Cтрептококк
3. Клебсиелла
4. Синегнойная палочка

6. Во время эпидемии гриппа возрастает частота заболеваний пневмонией, вызванных

1. Кишечной палочкой
2. Микоплазмой
3. Пневмоцистой
4. Клебсиеллой

7. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота заболеваний пневмонией, вызванной

1. Пневмококком
2. Стафилококком
3. Клебсиеллой
4. Стрептококком

8. Ревматическая лихорадка вызывается

1. Стафилококком
2. Бета-гемолитическим стрептококком группы А
3. Пневмококком
4. Бета-гемолитическим стрептококком группы В

9. Врач–терапевт участковый может заподозрить туберкулез легких на основании данных

1. Объективного обследования больного
2. Результата общего анализа крови, мочи
3. Бактериоскопического исследования мокроты
4. Результата туберкулинодиагностики

10. При подозрении на туберкулез обследованию подлежат больные с жалобами на

1. Кашель с мокротой, потливость, потерю массы тела
2. Слабость, одышку, тяжесть за грудиной, потливость
3. Потливость, одышку, головную боль, потерю массы тела
4. Учащенное сердцебиение, потливость, малый субфебрилитет

11. «Большими» критериями острой ревматической лихорадки являются

1. Вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка
2. Миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
3. Лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация

4)Ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема

12. Наиболее частым возбудителем домашней пневмонии у пожилых является

1. Микоплазма
2. Хламидия
3. Пневмококк
4. Легионелла

13. Срок формирования митральных пороков после эпизода острой ревматической лихорадки составляет

1. 1–2 недели
2. 2–4 месяца
3. 3–5 лет
4. 6–12 месяцев

14. Внелегочные проявления пневмонии у пожилых включают

1. Выраженную тахикардию
2. Спутанность сознания
3. Незначительную желтуху
4. Миалгии и оссалгии

15. К достоверным признакам активности очагового туберкулеза легких относят

1. Получение положительной реакции по пробе Манту
2. Выявление кашля со скудной мокротой, слабости
3. Обнаружение атипичных микобактерий в мокроте
4. Обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте

16. Рентгенологическое исследование больного с заболеванием легких необходимо начинать с

1. Флюорографии органов грудной клетки
2. Рентгенографии органов грудной клетки
3. Томосинтеза органов грудной клетки
4. Компьютерной томографии органов грудной клетки

17. Возбудителем пиелонефрита чаще всего является

1. Золотистый стафилококк
2. Энтеробактерия
3. Синегнойная палочка
4. Смешанная флора

18. Частым осложнением острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста является

1. Хронический бронхит
2. Туберкулез
3. Рак легкого
4. Очаговая пневмония

19. Для проведения массовой туберкулинодиагностики используется

1. Проба Пирке
2. Проба Коха
3. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
4. Градуированная кожная проба

20. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является

1. Пневмококк
2. Клебсиелла
3. Стафилококк
4. Легионелла

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение синдрома лихорадки неясного генеза (ЛНГ).
2. Заболевания, при которых данный синдром встречается.
3. Механизмы лихорадочного синдрома при различных заболеваниях.
4. Данные анамнеза, необходимые для уточнения диагноза.
5. Другие клинические симптомы, с которыми данный синдром (симптом) сочетается при предполагаемых заболеваниях.
6. План исследований, который следует использовать для уточнения диагноза.
7. Результаты обследований при предполагаемых заболеваниях.
8. Общие принципы лечения синдрома лихорадки и субфебрилитета неясного генеза.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1**

Больной С. 50 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38°С, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.

Анамнез: 3 дня назад, повысилась температура до 38°С, отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°С. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.

2. Назначьте обследование, обоснуйте.

3. Пациенту проведена рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лѐгкого. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначьте лечение.

4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зелёной, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный приём к врачу поликлиники. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты – 4,2x1012/л, ЦП 0,91, ретикулоциты - 1,0%. тромбоциты – 220х109/л, лейкоциты - 0,9х109/л, п/я - 2%, с/я - 8%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте

5. Дальнейшая тактика лечения пациента.

**Задача №2**

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 18 кг/м2. Температура тела – 38,9°С. В лѐгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на a. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, край печени гладкий. Отѐки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты – 3,3×1012/л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 15,8×109/л,

палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м2, СРБ – 120 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен S. аureus, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону.

Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Тактика ведения больного, немедикаментозная и медикаментозная терапия. Обоснуйте свой выбор.

5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №3**

На приѐме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость, повышение температуры до субфебрильных цифр. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации –эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рѐберной дуги. Селезѐнка выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 39×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.

5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

**Задача №4**

Пациент Е. 23 лет, автомеханик. Заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отѐков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тѐмно-красного цвета и уменьшилось еѐ количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. Температура тела 37,4˚С. При аускультации лѐгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печѐночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 10,8×109/л, СОЭ – 70 мм/час;

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения;

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевина – 5,6 мкмоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м 2 по CKD-EPI, титр АСЛ-О – 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоѐв паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назовите план обследования пациента.

4. Назначьте необходимую терапию.

5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

**Задача №5**

Мужчина 39 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, кашель. Небольшую одышку и периодические сердцебиения отмечает в течение 5 лет. Около недели назад заболел ангиной с появлением высокой температуры, кашля. В ночь перед обращением к врачу не мог спать из-за выраженной одышки, усиливающейся в горизонтальном положении. В подростковом возрасте были частые ангины, на фоне которых беспокоили боли в крупных суставах. Наблюдался у невропатолога по поводу хореи.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧДД - 28 в минуту, отѐки нижних конечностей, приподнимающий верхушечный толчок. Пульс слабого наполнения, аритмичен, 96 ударов в минуту. ЧСС по данным аускультации - 110 в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм рт. ст., температура тела - 37,4°С. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации. При перкуссии сердце увеличено влево и вправо. В нижних отделах лѐгких мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца – аритмия с отсутствием периодов правильного ритма. На верхушке трѐхчленная мелодия с низким глухим дополнительным компонентом, акцент II тона на лѐгочной артерии. Трѐхчленная мелодия выслушивается в точке Боткина. Систолический и протодиастолический шум на верхушке. Систолический шум на верхушке усиливается на выдохе, проводится в аксиллярную область.

Общий анализ крови: СОЭ - 32 мм/час, лейкоциты – 11300 в 1 мм3. Биохимическое исследование крови: С – реактивный белок (++++). ДФА – 0,500 (N до 0.200).

**Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

**Задача №6**

Больной Е. 42 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление в области спины кольцевидной формы ярко-розового образования диаметром около 15 см, которое не сопровождалось субъективными ощущениями; заметил его случайно накануне вечером.

Из анамнеза известно, что около 2 недель назад был в лесу. После этого самостоятельно удалил клеща.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5 °С. На коже спины, в области правой лопатки чѐтко отграниченный от нормальной кожи участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушѐнные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены.

**Вопросы:**

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учѐтом синдромального подхода, и обоснуйте его.

2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

4. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи?

5. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение данного заболевания.

**Задача №7**

Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, тѐмную мочу, слабость, отвращение к пище, лѐгкую тошноту. Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5 °С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – тѐмная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток подкожных и внутривенных инъекций.

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8 °С.

Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезѐнки. Моча тѐмно-коричневого цвета, кал серый.

**Вопросы:**

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учѐтом синдромального подхода, и обоснуйте его.

2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.

4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальнуюдиагностику.

5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

**Задача №8**

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В лёгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт.ст., Пульс – 78 уд/мин. Язык обложен густым серым налётом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка.

Госпитализирован.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.

4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной

этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании.

**Задача №9**

Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2 ºС. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал.

При поступлении состояние тяжѐлое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на своѐ имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звѐздчатая сыпь сине-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 уд/мин, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%)плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди (++++).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Укажите план лечения данного пациента.

5. Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налётов нет. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 76 уд/мин. Контрольный бактериальный посев мазка из ротоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

**Задача №10**

Больной М. 16 лет направлен с приѐма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°С, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%.

В анализе мочи определяются желчные пигменты.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

**Тема 8. Основные симптомы и синдромы при патологии органов дыхания, дифференциальная диагностика, принципы лечения.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Причины инспираторной одышки

1) поражение альвеол

2) спазм гладкой мускулатуры мелких бронхов и бронхиол

3) гидроторакс

4) обтурация трахеи или крупных бронхов

2. Причины экспираторной одышки

1) облитерация плевры

2) спазм гладкой мускулатуры мелких бронхов и бронхиол

3) эндобронхиальный рост опухоли

4) отек слизистой бронхиального дерева, спазм, обтурация мокротой, пневмосклероз

3. При статическом осмотре грудной клетки определяют

1) степень участия каждой половины в акте дыхания

2) тип дыхания

3) формы грудной клетки и размеры ее половин

4) частоту, глубину и ритм дыхания

4. Латинское название одышки

1) dystrophya

2) dysphagia

3) dyspnoe

4) dyspepsia

5. Одышка характеризуется следующими объективными признаками

1) изменение частоты, глубины дыхания

2) тахикардия, повышение АД

3) аритмия дыхания, пульса, нарушением фазы вдоха и выдоха

4) изменением ритма, частоты, глубины дыхания

6. Под термином торакалгия понимают

1) поражение плевры

2) поражение сердца

3) поражение перикарда

4) поражение межреберных нервов, мышц, кожи, хрящей суставов грудной клетки

7. Боли при поражении плевры усиливаются

1) при кашле

2) глубоком вдохе

3) повороте в больную сторону

4) повороте в здоровую сторону, глубоком дыхании, при кашле

8. Появление болей в грудной клетке при заболеваниях легких связано:

1) с поражением париетальной плевры

2) поражением висцеральной плевры

3) развитием эмфиземы легких

4) деструкцией легких

9. Стридорозное дыхание выявляется

1) при аускультации стетоскопом

2) выслушивается дистанционно

3) при проведении бронхофонии

4) непосредственно ухом

10. Сравнительная перкуссия легких используется для определения:

1) ширины полей Кренига

2) дыхательной экскурсии нижнего легочного края

3) нижней границы легкого

4) выявление патологических изменений в легком

11. Общее состояние больного характеризует

1) состояние костно-мышечной системы

2) состояние сердечно-сосудистой системы

3) состояние сознания, положение больного в постели, телосложение

4) выражение лица, состояние кожных покровов

12. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КАШЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

1) 3 месяца в течение 2 лет подряд

2) 2 месяца в течение 2 лет подряд

3) 3 месяца в течение 1 года

4) 1 месяц в течение 1 года

13. МОКРОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ БРОНХИТЕ БЫВАЕТ

1) стекловидной

2) «ржавой»

3) розовой пенистой

4) слизистой

14. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

1) крепитации

2) звонких влажных мелкопузырчатых хрипов

3) сухих хрипов

4) шума трения плевры

15. Самым частым возбудителем внебольничной пневмонии является

1) пневмококк

2) хламидия

3) стафилококк

4) микоплазма

16. Ведущей первоначальной жалобой при остром бронхите является:

1) сухой кашель

2) кашель с мокротой

3) боль в грудной клетке

4) одышка

17. Общим клиническим признаком для эмфизематозного и бронхитического типов ХОБЛ является:

1) одышка

2) положительная реакция на бронходилататоры

3) полицитемия

4) хронический кашель

18. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для:

1) тромбоэмболии легочной артерии

2) расслаивающей аневризмы аорты

3) острого перикардита

4) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

19. Спонтанный пневмоторакс наблюдается чаще в возрасте\_\_\_\_\_лет:

1) 30-40

2) 0-18

3) 18- 30

4) 40-60

20. Дыхание, возникающее вследствие колебания эластических элементов стенок альвеол в фазу вдоха и в первую треть выдоха, называется:

1) везикулярное

2) бронхиальное

3) везикуло-бронхиальное

4) амфорическое

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1.Определение основных симптомов и синдромов при патологии органов дыхания.

1. Заболевания, при которых встречаются данные симптомы.
2. Механизмы развития основных симптомов при патологии органов дыхания.
3. Данные анамнеза, необходимые для уточнения основных симптомов.
4. Другие клинические симптомы, с которыми данный синдром (симптом) сочетается при предполагаемых заболеваниях.
5. План исследований, которые следует использовать для уточнения диагноза.
6. Результаты обследований при предполагаемых заболеваниях.
7. Общие принципы лечения основных симптомов и синдромов при патологии органов дыхания.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1**

Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×109 /л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы**:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.

5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×109 /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №2**

Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С. Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъѐме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жѐлто-зелѐного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объѐм, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приѐмный покой городской больницы. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния мMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты - 4,42×1012/л, Нв -165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты - 8,4×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы ∆ ОФВ1 – 2,12%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. 5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №3**

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжѐлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лѐгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жѐсткое, сухие хрипы по всем лѐгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезѐнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, лейкоциты - 9,5×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевина - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Ro-графия грудной клетки: повышена прозрачность лѐгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лѐгочный рисунок усилен. Корни лѐгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

**Задача №4**

Мужчина 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднѐнным выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью. Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пыльцой растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приѐма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трѐх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – 6,0×109 /л; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1– 5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. IgE сыворотки крови повышен в три раза.

Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 25%.

Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

5. Через неделю пациент вновь пришел на приём к врачу-терапевту участковому. Жалоб не предъявляет, приступы прекратились. В лёгких при объективном обследовании хрипы не выслушиваются. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

**Задача №5**

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение.

Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.

4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?

5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лёгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

**Задача №6**

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на участившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отѐки отсутствуют. Над лѐгкими дыхание жѐсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты - 4,2×1012/л, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 4,8×109 /л, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна. Рентгенограмма лѐгких. Инфильтративных теней в лѐгких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей. Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.

2. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Назначьте лечение.

5. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае?

**Задача №7**

Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,4°С. Кашель с мокротой отмечает в течение 10 лет. Обострения заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день.

При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над лёгочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на лёгочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не пальпируются. Периферических отѐков нет.

Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - 9,1×109 /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля повышенной прозрачности, лёгочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднён на периферии, корни лёгких расширены, выбухание ствола лёгочной артерии. Инфильтративных изменений не выявлено.

ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка.

Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Назначьте лечение.

4. Критерии назначения антибактериальной терапии при данном заболевании.

5. Определите показания к госпитализации.

**Задача №8**

Больной М. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение. Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год. В течение последнего месяца, после перенесённого ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жёлто-зелёный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенёс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат).

Объективно: общее состояние средней тяжести. Лёгкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лёгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации лёгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лёгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинён. При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст.

На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лёгких.

Общий анализ мокроты: лейкоциты – до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного.

3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.

4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом?

5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему.

**Задача №9**

Мужчина Ф. 34 лет, грузчик, при госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,6°С, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого несколько ослаблено, в нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты - 9,9×109/л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки.

Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулёза методом микроскопии – КУМ отриц.

Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет.

Общий анализ мочи: норма.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чёткой косой верхней границей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

5. Определите тактику ведения пациента.

**Задача №10**

Больной М. 35 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, потливость по ночам в течение 1,5-2 месяцев. Сегодня во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения.

Из анамнеза: 3 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит, лечился у врача-терапевта участкового. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. ФЛГ проходит регулярно, последняя - год назад (без патологии).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37,5°C. Больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту. Перкуторно справа – тимпанический звук, слева – в верхних отделах укорочение лѐгочного звука. Аускультативно справа – дыхание резко ослаблено, слева в межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Пульс - 120 ударов в минуту, АД - 90/50.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л, гемоглобин – 143 г/л; лейкоциты – 9,6×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты - 19%, моноциты - 5%; СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Анализ мокроты на МБТ: м/скопия – КУМ не найдены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: справа лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре. Корни плохо дифференцируются. Сердце без особенностей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

5. Определите тактику ведения пациента.

**Задача №11**

Больной П. 44 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с прожилками крови, который появился неделю назад на фоне полного благополучия. Ранее ничем не болел. ФГ ежегодно, последняя - год назад, на дообследование не вызывали. Отмечает контакт с больным туберкулёзом на работе в рефрижераторном депо во время длительной командировки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. В лёгких дыхание везикулярное, справа над лопаткой на ограниченном пространстве выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,0×1012/л, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 9,7×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-жѐлтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий пл. - 1-2 в поле зрения.

В общем анализе мокроты: цвет - кровянистый, эритроциты - покрывают все поле зрения, лейкоциты - единичные, свежие эластические волокна - единичные.

При бактериоскопии преобладают кокки. МБТ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю-Нильсену не выявлены.

Диаскинтест - инфильтрат 12 мм.

ФОГ гр. клетки – справа в верхней доле определяется участок инфильтрации средней интенсивности неправильно округлой формы до 5 см в диаметре, без чётких контуров, неоднородной структуры за счёт просветления около 1 см в диаметре в центре, с «дорожкой» к корню. Корни структурны. Синусы свободны. Сердечно-сосудистая тень без особенностей. Больной был направлен к врачу-фтизиатру на консультацию.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.

2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.

3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.

4. Перечислите клинико-рентгенологические типы инфильтратов. Определите тип инфильтрата у данного больного.

5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор.

**Тема 9. Пневмонии в практике врача поликлиники.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Стридорозное дыхание выявляется:

а) при аускультации стетоскопом

б) выслушивается дистанционно

в) при проведении бронхофонии

г) непосредственно ухом

2. Самым частым возбудителем внебольничной пневмонии является:

а) пневмококк

б) хламидия

в) стафилококк

г) микоплазма

3. «Ржавая» мокрота патогномоничный признак:

а) туберкулеза легких

б) крупозной пневмонии

в) рака легких

г) бронхоэктатической болезни

4. Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых звонких хрипов?

а) вязкая мокрота в крупных бронхах

б) вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

в) жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

г) жидкая мокрота в мелких бронхах при сохранении воздушности окружающей легочной ткани

5. Критерием тяжелого течения пневмонии является:

а) ЧСС ≥120 в минуту

б) ЧСС ≤ 22 в минуту

в) диастолическое АД >100 мм рт.ст.

г) систолическое АД<120 мм рт.ст.

6. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) гематогенный

б) бронхогенный

в) лимфогенный

г) травматический

7. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ:

а) затемнение соответственно доле или сегменту

б) картина ателектаза

в) тяжистый легочный рисунок

г) повышенная прозрачность легочной ткани

8. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ?

     а) спирография

     б) клинический анализ крови

     в) исследование мокроты

     г) рентгенография

9. КАКОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА?

     а) дилятация бронхов

     б) снижение секреции

     в) противоаллергическое действие

     г) адреномиметическое действие

10. КАКОЕ ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫЗОВЕТ ЯСНУЮ КРЕПИТАЦИЮ?

     а) долевая пневмония

     б) туберкулема

     в) абсцесс легких

     г) бронхит

11. ПРИЗНАК, ОТЛИЧАЮЩИЙ ВИРУСНУЮ ПНЕВМОНИЮ ОТ БАКТЕРИАЛЬНОЙ:

а) инфильтративные изменения на рентгенограмме

б) лейкоцитоз со сдвигом влево

в) маловыраженные физикальные изменения

г) пульс соответствует температуре

12. ПРИЗНАК, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ЛОКАЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ:

     а) перкуторный коробочный звук

     б) влажные хрипы

     в) ослабленное дыхание

     г) жесткое дыхание

13. ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА:

 а) при поступлении в стационар

 б) через 48 часов после госпитализации

 в) после выписки из стационара

 г) вне стационара

14. ВЕДУЩИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) плевральный

б) интоксикационный

 в) дыхательной недостаточности

 г) локальной инфильтрации

15. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ:

      а) пенициллинов

      б) цефалоспоринов III поколения

      в) макролидов

      г) фторхинолонов

16. ПРИ КАКОМ ВОЗБУДИТЕЛЕ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ?

     а) пневмококк

     б) стрептококк

     в) стафилококк

     г) легионелла

17. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ МУКОЛИТИКОМ?

     а) ацетилцистеин

     б) йодид калия

     в) бромид натрия

     г) трипсин

18. ПРИ КАКОМ ВАРИАНТЕ ПНЕВМОНИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ МЕТРОНИДАЗОЛ?

      а) внебольничной

      б) аспирационной

      в) госпитальной

      г) атипичной

19. ОСЛОЖНЕНИЮ ПНЕВМОНИИ АБСЦЕССОМ МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ ВСЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

     а) развитие ателектаза

     б) сахарный диабет

     в) дефицит 1-антитрипсина

     г) алкоголизм

20. К ЗАЩИЩЕННЫМ ПЕНИЦИЛЛИНАМ ОТНОСИТСЯ:

      а) азлоциллин

      б) амоксициллин

      в) амоксиклав

      г) карбенициллин

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

* + - 1. Понятие о пневмониях, внебольничной пневмонии (ВП).
      2. Этиология внебольничных пневмоний.
      3. Патогенез ВП.
      4. Эпидемиология внебольничной пневмонии.
      5. Классификация внебольничной пневмонии. Осложнения.
      6. Клиническая картина ВП.
      7. Диагностика ВП: лабораторная, инструментальная.
      8. Критерии диагноза внебольничной пневмонии.
      9. Оценка тяжести и прогноза ВП. Показания к госпитализации.
      10. Дифференциальная диагностика ВП.
      11. Лечения пациентов ВП в амбулаторных условиях.
      12. Порядок оказания медицинской помощи госпитализированным больным.
      13. Временная нетрудоспособность при ВП. Диспансерное наблюдение.
      14. Профилактика ВП.
      15. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики пневмокониозов.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1**

Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приемный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×109/л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.

5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×109/л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №2**

Мужчина 65 лет обратился к участковому врачу-терапевту с жалобами на повышение температуры до 37,7° С в течение четырех дней, кашель с отхождением желтоватой мокроты. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. За десять дней до этого перенес ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 18 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 83 удара в минуту, АД - 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

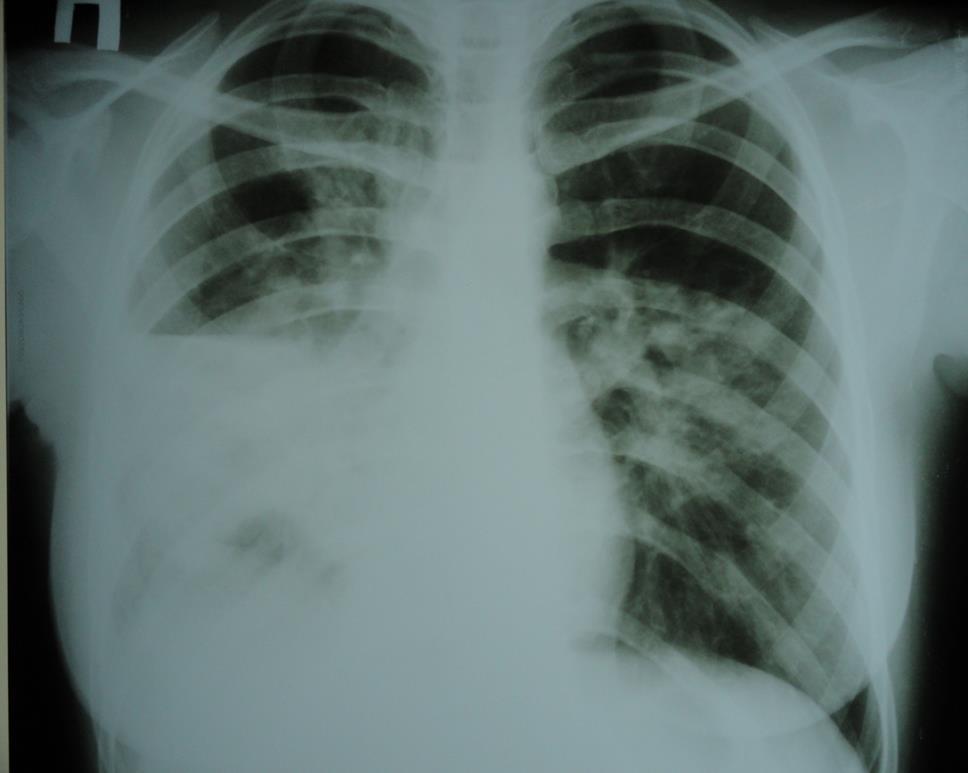
5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

**Задача №3**

Мужчина 47 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°С градусов, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение. Из анамнеза известно, что пациент заболел 3 дня назад – после переохлаждения повысилась температура тела, появился кашель. Лечился самостоятельно (Аспирин, Парацетамол), но состояние ухудшалось: появились вышеперечисленные жалобы. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, цианоз губ, кончиков пальцев. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в IV-V межреберье по среднеключичной линии справа. При аускультации в том же отделе дыхание бронхиальное, крепитация. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 85/50 мм рт. ст. Сатурация – 80%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В общем анализе крови: лейкоциты – 22×109 /л, юные формы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 23%, сегментоядерные нейтрофилы - 30% , эозинофилы - 2%, лимфоциты - 30%, моноциты -5%. СРБ – 125 мг/л.

Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях.

****

****

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова тактика лечения данного пациента, назовите препараты «стартовой»

терапии и препараты резерва?

5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента после выписка из

стационара?

**Задача №4**

Больной С. 50 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38°С, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.

Анамнез: заболел остро, 3 дня назад повысилась температура до 38°С, отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°С. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого легкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.

2. Назначьте обследование, обоснуйте.

3. Пациенту проведена рентгенограмма легких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначьте лечение.

4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зеленой, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный прием к врачу поликлиники. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты – 4,2x1012/л, ЦП 0,91, ретикулоциты - 1,0%. тромбоциты – 220х109 /л, лейкоциты - 0,9х109 /л, п/я - 2%, с/я - 8%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте.

5. Дальнейшая тактика лечения пациента.

**Задача №5**

В приемный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился.

При осмотре состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над легкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого легкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отеков нет.

Анализ крови: лейкоциты - 21×109/л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ – 58 мм/час., ACT - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: PH - 7,5; Р СО2 - 20; Р О2 - 50; ВЕ - 10.

**Вопросы:**

1.Ваш предположительный диагноз.

2.Критерии основного диагноза.

3.Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5.Лечебная тактика, выбор препаратов.

**Задача №6**

Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,0ºС, кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость, в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения. Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день; сопутствующих заболеваний нет. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Небные миндалины покрыты беловатым налетом, гиперемированы. В легких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Лабораторные и инструментальные методы обследования.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты 4,7×1012/л, лейкоциты 11×109/л, палочкоядерные – 28%, сегментоядерные – 57%; СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 100 ед/л; креатинин – 115 мкмоль/л; фибриноген – 8 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Очаговых изменений миокарда, гипертрофии миокарда нет. Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого легкого, деформация корня правого легкого.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой

антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов

риска.

5. Через 3 дня терапии температура тела нормализовалась – 36,8°С, уменьшилась

интоксикация (снижение слабости, потливости, улучшение аппетита), уменьшилась одышка.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №7**

Больной Р. 65 лет, пенсионер, при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, небольшую мокроту слизистого характера, головную боль, одышку, сердцебиение и слабость в конечностях. Заболел остро после переохлаждения. Больной страдает ИБС, хронической сердечной недостаточностью; принимает постоянную терапию (Периндоприл 2,5 мг 2 раза, Гидрохлортиазид 12,5 мг, Верошпирон 50 мг, Симвастатин 20 мг). Контактов с больными туберкулезом и инфекционными болезнями не было. В последние несколько лет из Оренбурга не выезжал.

Объективно при осмотре: кожные покровы бледноватые, влажные, цианоз губ. Температура тела 37,8 °С. Язык обложен беловатым налетом. В легких дыхание ослабленное везикулярное, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются в нижнем отделе левого легкого. ЧД в покое до 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Дизурических явлений нет. Голени пастозны. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 126 г/л; эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 10,9×109/л; палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 77%; СОЭ – 30 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 0,33 г/л, в осадке лейкоциты – 2–4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: АЛТ – 38 ед/л; АСТ – 35 ед/л; мочевина – 9 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговых изменений миокарда нет. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка в базальных отделах левого легкого. ЭХО-КГ: умеренно расширены полости левого желудочка, гипертрофия задней стенки левого желудочка, фракция выброса – 45%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 3 дня терапии температура нормализовалась – 36,6°С, самочувствие улучшилось (одышки нет). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №8**

Больной Н. 49 лет поступил с приема врача-терапевта участкового в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°С с ознобом, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Болен в течение 5 дней.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожные покровы бледные. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 25 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс – 100 уд/мин., артериальное давление (АД) – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

На рентгенограмме в области нижней доли левого легкого выявлена инфильтрация. В гемограмме: гемоглобин – 126 г/л; лейкоциты – 12 тысяч, палочкоядерные – 11%, сегментоядерные – 46%, СОЭ – 38мм/час. Больному был назначен Ампициллин 1000000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5 день лечения состояние больного ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1°С, появилась обильная гнойная мокрота, наросли признаки интоксикации. На компьютерной томографии легких в нижней доле слева выявлена полость до 1,2 см в диаметре. **Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Задача №9**

Больной 44 лет жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту, рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденной пищей. Вызванной бригадой скорой медицинской помощи диагностирован острый гастрит, введены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота.

При осмотре врачом вновь вызванной скорой медицинской помощи больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4°С.

На ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. При рентгенографии – затемнение над диафрагмой и в нижней доле слева.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Задача №10**

Больной 35 лет госпитализирован в стационар после осмотра на дому врачомтерапевтом участковым. Жалобы на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость. Заболел 3 дня назад. Днем переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура тела повысилась до 39,6°С, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании.

Объективно: состояние тяжелое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щек, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, в верхних отделах ее усиление голосового дрожания. При перкуссии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 32 в минуту. Над остальной поверхностью легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст. **Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Тема 10.** **Синдром артериальной гипертензии, дифференциальная диагностика, принципы лечения.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Пороговый уровень офисного артериального давления для диагностики артериальной гипертензии составляет\_\_\_\_­­мм рт.ст.

1) 130/80

2) 135/85

3) 145/90

4) 140/90

2. При выборе ингибитора АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение

1) лизиноприлу

2) периндоприлу

3) фозиноприлу

4) каптоприлу

3. Артериальная гипертензия, протекающая с кризами, сопровождающимися тахикардией, потоотделением, бледностью лица, характерна для

1) синдрома Кона

2) феохромоцитомы

3) реноваскулярной артериальной гипертензии

4) синдрома Иценко-Кушинга

4. Каков целевой уровень артериального давления у большинства пациентов с артериальной гипертензией

1) менее 120/70 мм рт. ст.

2) менее 130/80 мм рт. ст.

3) менее 150/90 мм рт. ст.

4) менее 140/90 мм рт. ст.

5. Больному гипертонической болезнью с АД 170/110 мм рт. ст., у которОго отмечается неконтролируемое течение бронхиальной астмы, нельзя назначить

1) метопролол

2) амлодипин

3) моксонидин

4) лозартан

6. При наличии брадикардии у больных артериальной гипертензией наиболее безопасным является

1) амлодипин

2) верапамил

3) пропранолол

4) атенолол

7. К БЕССИМПТОМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНА-МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ

1) стенокардия

2) сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса

3) энцефалопатия

4) микроальбуминурия

8. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

1) диуретики

2) α-адреноблокаторы

3) β-адреноблокаторы

4) препараты центрального действия

9. При феохромоцитоме артериальное давление повышается вследствие гиперпродукции

1) кортикостероидов

2) катехоламинов

3) ренина

4) альдостерона

10. Рациональной является комбинация антигипертензивных препаратов

1) дигидропиридиновые антагонисты кальция + альфа-адреноблокаторы

2) ингибиторы АПФ + сартаны

3) ингибиторы АПФ + дигидропиридиновые антагонисты кальция

4) недигидропиридиновые антагонисты кальция + бета-адреноблокаторы

11. Уровнем артериального давления, характерным для артериальной гипертензии I степени, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

1) 150/95

2) 160/100

3) 150/100

4) 160/95

12. Монотерапия антигипертензивными препаратами у больных с гипертонической болезнью может быть назначена

1) всем пациентам с АГ I степени независимо от степени риска сердечно-сосудистых осложнений

2) пациенту с АГ I степени с низким или средним риском сердечно-сосудистых осложнений

3) пациенту с АГ I степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

4) пациенту с АГ II степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

13. Чаще всего вазоренальная АГ у мужчин развивается на фоне

1) фибромускулярной дисплазии

2) атеросклероза

3) опухоли почки

4) травмы почки

14. Санаторно-курортное лечение на климатических курортах противопоказано больным с диагнозом

1) ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. СН I (NYHAII). Инфаркт перенесен более

1 года назад

2) ИБС. Стенокардия II ФК

3) Гипертоническая болезнь II cт., кризовое течение

4) Гипертоническая болезнь II ст., бескризовое течение

15. Для артериальной гипертензии наиболее характерно

1) повышение сердечного выброса

2) снижение сердечного выброса

3) снижение общего периферического сопротивления

4) увеличение центрального венозного давления

16. Начало действия каптоприла при сублингвальном приеме 25-50 мг проявляется через \_\_\_\_\_\_\_ минут

1. 20
2. 30
3. 15
4. 10

17. Артериальная гипертония I степени в мм рт. ст., по классификации рекомендованной экспертами воз/мог

1) систолическое АД ниже 140, диастолическое - ниже 90

2) систолическое АД 140-150, диастолическое - 94-100

3) систолическое АД 140-159, диастолическое - 90-99

4) систолическое АД 160-180, диастолическое - 94-100

18. При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны

1) альфа-адреноблокаторы

2) бета-адреноблокаторы

3) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

4) диуретики

19. К ассоциированным состояниям при артериальной гипертонии относят

1) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

2) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)

3) скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

4) ИБС: инфаркт миокарда, стенокардию, коронарную реваскуляризацию

20. Препаратами выбора у пациента 55 лет с артериальной гипертонией iii стадии, перенесшего недавно инфаркт миокарда, должны быть

1) тиазидные диуретики

2) бета-адреноблокаторы

3) антагонисты кальция

4) моксонидин

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение синдрома АГ.

2.Заболевания, при которых встречается синдром АГ.

3.Механизмы синдрома АГ при различных заболеваниях.

4.Данные анамнеза, необходимые для уточнения диагноза.

5.Другие клинические симптомы, с которыми данный синдром (симптом) сочетается при предполагаемых заболеваниях.

6.План исследований, которые следует использовать для уточнения диагноза.

7.Результаты обследований при предполагаемых заболеваниях.

8.Общие принципы лечения синдрома АГ.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Пациент К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжёлой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту.

Периферических отёков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Поставьте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

**Задача № 2**

Пациент М. 68 лет пришёл на профилактический осмотр, жалоб не предъявляет. Два года назад перенёс транзиторную ишемическую атаку. К врачам в дальнейшем не обращался. От приёма лекарственных препаратов отказывается, мотивируя нежеланием принимать «химию» и хорошим самочувствием. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС - 85 ударов в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отёков нет. Индекс массы тела в норме.

На ЭКГ синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка.

В биохимическом анализе крови холестерин - 8,5 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие исследования необходимо назначить больному в первую очередь в данной ситуации?

3. Каковы долгосрочные цели лечения данного пациента?

4. Определите оптимальную тактику лечения данного больного.

5. Укажите клинический признак, который требует углубленного дообследования для исключения вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии.

**Задача № 3**

Пациент Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м2. Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.

5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

**Задача № 4**

Пациентка 72 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт.ст.

Из анамнеза известно о повышении АД до макс. 180/80 мм рт.ст. в течение 20 лет, когда впервые был установлен диагноз ГБ. Назначенную врачом-терапевтом терапию проводила нерегулярно. Ситуационно при повышении АД свыше 180 мм.рт.ст. принимает каптоприл. Менопауза более 20 лет. Гиподинамия после прекращения работы 6 лет назад. Вредных привычек нет. Из семейного анамнеза установлено, что наследственность по ССЗ не отягощена.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ 17,7 кг/м²; ОТ 98 см. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. АД – 162/62 мм рт.ст. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

* 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
  2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
  3. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
  4. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (препараты из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранные в прошлом вопросе) + розувастатин 10 мг/сутки + соблюдение диеты – АД находится в пределах 140-150/65 мм рт.ст., ОХС 5,6; ХС ЛПВП 1,14; ТГ 1,9 ммоль/л, ЛПНП 3,6 ммоль/л, СКФ 63 мл/мин, сахар натощак 5,2 ммоль/л. АЛТ 50 Ед/л, АСТ 38 Ед/л, КФК 121 Ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

5. Определите план диспансерного наблюдения.

**задача № 5**

70-летний пациент страдает гипертонической болезнью, которая проявляется, главным образом, головными болями. Беспокоит также одышка при умеренной нагрузке (подъём на второй этаж). Отчётливой стенокардии не было. Лечится беспорядочно, в последние месяцы лекарства не принимал. Одышки в покое нет. Аускультативно в лёгких жёсткое дыхание без хрипов. Пульс - 58 в 1 мин. АД - 195/95 мм рт.ст.

Тактика лечения ПАЦИЕНТА

.

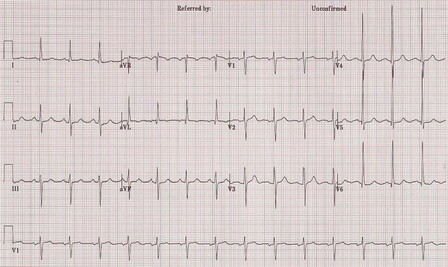
**Задача № 6**

Пациентка Д. 56 лет поступила в больницу с жалобами на появление сильной головной боли, головокружения, ощущения пульсации в голове, тошноты, нечёткости зрения. Данные симптомы впервые в жизни появились шесть месяцев тому назад на фоне стресса. Была доставлена в больницу, где впервые было обнаружено повышение АД до 180/120 мм рт. ст. Наблюдалась в дальнейшем у участкового терапевта, принимала гипотензивную терапию. В последнее время АД при нерегулярных измерениях 150/80 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Индекс массы тела - 29,7 кг/м2. Лицо гиперемировано. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Пульс - 96 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков на нижних конечностях нет.

В общем анализе крови без патологических изменений.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

**Задача № 7**

Женщина 40 лет, парикмахер, обратилась к врачу с жалобами на повышенное АД до 170/105 мм рт.ст., сопровождающееся ноющими диффузными головными болями, выраженной мышечной слабостью, ощущениями онемения, чувством покалывания в конечностях, ночными судорогами в икроножных мышцах, обильным безболезненным мочеиспусканием. Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 1 года, назначенную терапию – эналаприл 20 мг в сутки, амлодипин 5 мг в сутки принимает ежедневно, на протяжении 3 месяцев, однако значения АД и вышеописанные симптомы сохраняются. Семейный анамнез: мать – страдает АГ, перенесла ОНМК в 38 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, рост 169, вес 70 кг, ИМТ – 24,51 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 60 уд. в мин., АД – 167/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: ОАМ – прозрачная, относительная плотность 1008 г/мл, реакция щелочная, белок, глюкоза не обнаружены; БАК: общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,3 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 88 мл/мин; калий – 3,0 ммоль/л, натрий 160 ммоль/л; ЭКГ: синусовая брадикардия 54 удара в минуту, сглаженность и инверсия зубца Т в грудных отведениях.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию Вы бы рекомендовали пациентке? Укажите необходимые дозы. Обоснуйте свой выбор.

5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи.

**Задача № 8**

Женщина 42 лет, юрист, обратилась на приём к участковому врачу с жалобами на приступы внезапного повышения артериального давления до 200/110 мм рт.ст. и выше, сопровождающиеся головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью. Продолжительность таких приступов составляла от нескольких минут до 1 часа.

Из анамнеза известно, что впервые подобные приступы стали беспокоить год назад. Развитию этих приступов обычно предшествовали физическая нагрузка или нервное перенапряжение. По совету знакомой принимала лозартан 50 мг в сутки, однако, без видимого эффекта. Неоднократно за последние 2-3 мес. вызывала БСМП по поводу гипертонического криза. Однако ввиду того, что приступ проходил самостоятельно до приезда БСМП от госпитализации отказывалась. За последний месяц вышеуказанные приступы участились до 1 раза в неделю, что и послужило поводом обратиться к участковому врачу. Из анамнеза жизни: у матери АГ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, рост 167, вес 62 кг, ИМТ 22,23 кг/м2. Кожные покровы бледные, влажные. В лёгких - везикулярное дыхание. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 86 в минуту. АД – 128/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 1,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,4 ммоль/л, глюкоза сыворотки натощак – 6,4 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 103 мл/мин; ЭКГ: синусовый ритм, 85 ударов в минуту, угол α - 30°, индекс Соколова-Лайона 38 мм.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию вы бы порекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи, вопросы экспертизы нетрудоспособности.

**Тема 11.** **Синдром болей в левой половине грудной клетки. Острый коронарный синдром.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Кардиоспецифическим маркером некроза миокарда является

1.Миоглобин

2.ЛДГ

3.Тропонин I

4.Общая КФК

2. У больной 46-ти лет ночью развиваются приступы загрудинных болей, во время которых на электрокардиограмме регистрируется преходящий подъем сегмента ST. Наиболее вероятным диагнозом является

1.Вариантная стенокардия

2.Острый коронарный синдром с подъемом ST

3.Острый перикардит

4.Тромбоэмболия легочной артерии

3. ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются

1. удлинение интервала Q-T

2. удлинение интервала P-Q

3. зубец Q амлитудой больше трети R и длительностью более 0,03 с

4. изменение конечной части желудочкового комплекса и зубца Т

5. "застывший" подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии

4. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане

1. развития инфаркта миокарда

2. тромбоэмболии мозговых сосудов

3. развития фатальных нарушений ритма сердца

4. развития легочной гипертензии

5. развития венозной недостаточности

5. Приступ стенокардии является ситуацией, угрожающей развитием

1. инфаркта миокарда

2. пароксизма тахиаритмии

3. фибрилляции желудочков

4. асистолии

5. разрыва стенки желудочка

6. Какие эхокардиографические признаки характерны для инфаркта миокарда?

1.диффузный гиперкинез

2. диффузный гипокинез

3. локальный гипокинез

4. локальный гиперкинез

7. Какой из перечисленных клинических вариантов стенокардии является показанием для госпитализации?

1. стенокардия Принцметала
2. впервые возникшая стенокардия напряжения
3. прогрессирующая стенокардия
4. стенокардия напряжения ФК IV
5. все вышеперечисленное

8. При возникновении острого приступа болей за грудиной и в эпигастральной области у мужчин среднего возраста обследование следует начинать **…**

1. с зондирования желудка
2. с рентгеноскопии ЖКТ с барием
3. с ЭКГ
4. с ФГДС
5. с исследования мочи на диастазу

9. Больной 40 лет, жалобы на длительные ноющие боли в прекардиальной области, нечетко связанные с волнением, ощущение проколов в левой половине грудной клетки. При объективном осмотре патологии не выявлено. ЭКГ без патологии. С какого исследования следует начинать обследование **…**

1. с исследования крови на сахар и холестерин
2. с исследования крови на липопротеиды
3. с эхокардиографии
4. с велоэргометрии
5. с фонокардиографии

10. Синдром «перекреста» («ножниц») при инфаркте миокарда характеризуется

1.Снижением СОЭ и повышением лейкоцитов крови к концу первой недели

2.Снижением лейкоцитов и повышением СОЭ к концу первой недели

3.Лихорадкой

4.Изменениями на ЭКГ

11. Наиболее характерный признак вариантной стенокардии **…**

1. горизонтальная депрессия сегмента SТ
2. депрессия сегмента SТ выпуклостью к верху и несимметричный зубец Т
3. преходящий подъем сегмента SТ
4. глубокие зубцы Q
5. зубцы QS.

12. Повышение концентрации тропонинов у больных инфарктом миокарда определяется в течение

1.3-5 дней

2.7-14 дней

3.2-24 часов

4.2-3 месяцев

13. Основной медикаментозный метод патогенетической терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST больных, поступающих не позднее 6 часов от начала заболевания

1.Внутривенная инфузия нитроглицерина

2.Тромболитическая терапия

3.Внутривенная инфузия гепарина

4.Внутривенная инфузия селективных бета-блокаторов

14.Что является критерием положительной пробы с физической нагрузкой?

1. горизонтальная депрессия сегмента SТ более 1 мм
2. горизонтальная депрессия сегмента ST менее 0,5 мм
3. косонисходящая депрессия SТ менее 1 мм
4. увеличение зубца Q в V5 – V6
5. синусовая тахикардия

15. Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях V1-V3 является признаком

1.Передне-перегородочного инфаркта миокарда

2.Бокового инфаркта миокарда

3.Нижнего инфаркта миокарда

4.Заднего инфаркта миокарда

16.Какая физическая нагрузка вызовет приступ болей при стенокардии напряжения ФК II класса?

1. ходьба по ровному месту в спокойном темпе на расстояние свыше 500 м.
2. ходьба по ровному месту в спокойном темпе на расстояние 250-500 м.
3. ходьба по ровному месту в спокойном темпе на расстояние до 100 м.

17.Какая минимальная физическая нагрузка вызовет приступ болей при стенокардии напряжения ФК III класса?

1. подъем на 4й этаж
2. подъем на 3й этаж
3. подъем на 1й этаж.

18. Под острым коронарным синдромом понимают группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать

1.Стабильную стенокардию напряжения или впервые возникшую стенокардию

2.Инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию

3.Постинфарктный кардиосклероз или хроническую аневризму левого желудочка

4.Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости

19. Тромболитическая терапия показана при

1.Остром коронарном синдроме без подъема ST

2.Остром коронарном синдроме с подъемом ST

3.Любом остром коронарном синдроме

4.Нестабильной стенокардии

20. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ

1. лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным

посещением на дому

2. лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с посещением

больным поликлиники каждые 2-4 дня

3. плановая госпитализация (с предварительным лечением в

амбулаторных условиях)

4. экстренная госпитализация

5 лечение в условиях дневного стационара поликлиники

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение синдрома болей в левой половине грудной клетки.
2. Заболевания, при которых данный синдром встречается.
3. Механизмы данного синдрома при различных заболеваниях.
4. Данные анамнеза, необходимые для уточнения диагноза.
5. Другие клинические симптомы, с которыми данный синдром сочетается при предполагаемых заболеваниях.
6. План исследований, которые следует использовать для уточнения диагноза.
7. Результаты обследования при предполагаемых заболеваниях.
8. Общие принципы лечения синдрома болей в левой половине грудной клетки.

9. Определение и классификация ОКС.

10. Диагностика ОКС.

11. Тактика врача амбулаторного звена при выявлении ОКС.

12 Общие принципы лечения ОКС на догоспитальном этапе.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1.**

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик.

Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

**Задача № 2**

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет. Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно:состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м2. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью легких ясный легочный звук. ЧДД – 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 170/100 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

# **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

**Задача № 3**

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°С. Рост

– 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м2. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счѐт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

# **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

**Задача № 4**

Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к участковому врачу с жалобами на давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, возникающие при подъеме по лестнице на 2- й, 3-й этаж. Боли периодически отдают в левую руку, купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Потребность в нитроглицерине 3-4 раза в день.

Из анамнеза известно, что болен около года, за это время частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. К врачу не обращался, нитроглицерин принимал по рекомендации знакомого. Семейный анамнез: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет, ИМ.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 89 кг, ИМТ 30,44 кг/м2. Окружность талии – 104 см. В легких – дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты,

систолический шум на аорте. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах: глюкоза натощак – 4,6 ммоль/л, креатинин – 66 мкмоль/л, общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 ед/л, АЛТ 34 ед/л.;

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 3 месяца регулярной антиангинальной терапии (препарата из группы лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе) + розувастатин 20 мг/сутки + ацетилсалициловая кислота 100 мг/сутки + соблюдение диеты – приступы стенокардии стали более редкими, потребность в короткодействующих нитратах 1-2 раза в день, АД колеблется в пределах 125-130/75-80 мм рт.ст., ЧСС в покое около 70-74 ударов в минуту, вес 87 кг, общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,1 ммоль/л, АСТ 51ед/л, АЛТ 41ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача № 5**

Больной Р. 59 лет, водитель такси. В понедельник вечером шел с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м2. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту.

Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см.

Периферических отеков нет.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м2 (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м2 также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 ммI, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 ммII, III, AVF.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3-й день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

**Задача № 6**

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым.

Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец Т; сегмент ST в отведениях I, a VL и с V1 по V4 ниже изолинии.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Противопоказания к проведению тромболизиса.

**Задача № 7**

Больной 47 лет поступил в стационар с амбулаторного приема в поликлинике, куда обратился с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъеме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 2 года назад, но больной их появление не связывал с заболеванием сердца, к врачам не обращался. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках – при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД – 170/100 мм рт. ст. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Есть ли в данном случае показания к хирургическому лечению? Обоснуйте.

**Задача № 8**

Больной К. 48 лет, экономист. Обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблетками нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в мин. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено.

ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде.

Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

**Вопросы:**

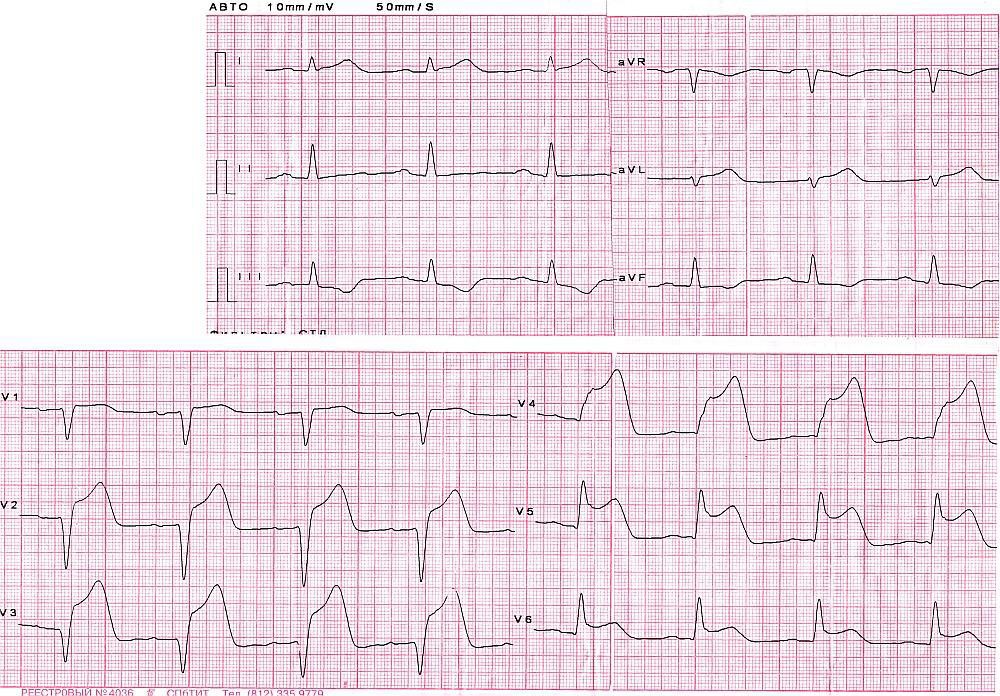
1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

**Задача № 9**

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 3 часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет.

Сознание ясное. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Экстренно снята ЭКГ:



**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какова тактика врача общей практики в данной ситуации?
4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

**Задача №10**

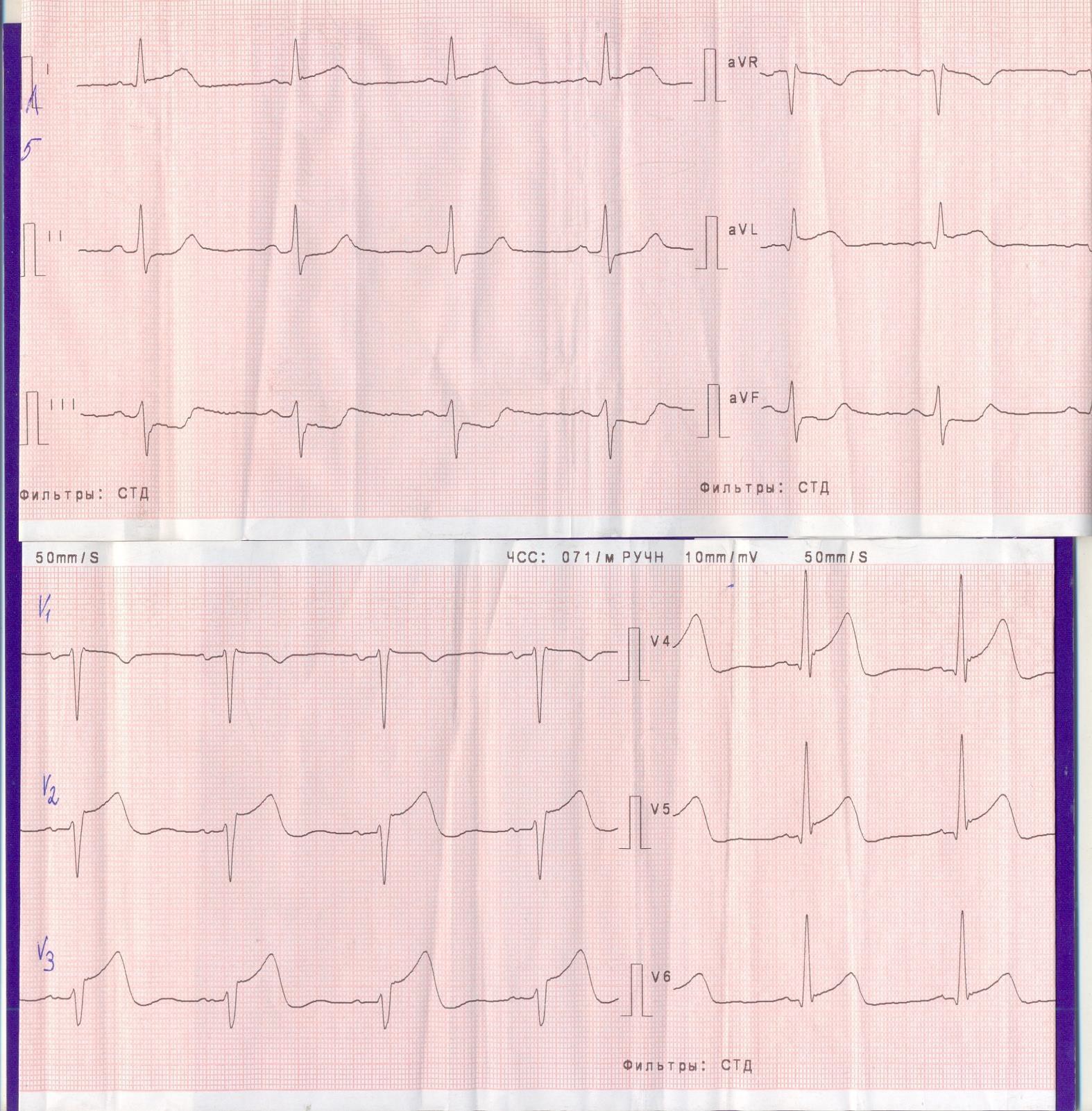
Мужчина 47 лет вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 40 минут назад, в покое, не купировалась 2 дозами изокета. Пациент отмечает выраженную слабость, потливость.

Ранее боли за грудиной не беспокоили, физическую нагрузку переносил хорошо.

В течение 6 дет периодически повышалось АД до 160/100 мм рт. ст. При повышении АД принимал Каптоприл, постоянно гипотензивные препараты не получал. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. ЧДД - 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Пульс на сосудах нижних конечностях сохранен.

Зарегистрирована ЭКГ.



Больной доставлен в приемное отделение больницы с отделением рентгеноэндоваскулярных вмешательств в течение 20 минут.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой метод реперфузии показан больному? Обоснуйте свой выбор.
5. Какая антитромботическая терапия показана больному при поступлении в стационар, если известно, что на догоспитальном этапе она не проводилась? Результаты анализов: троп-тест отрицательный, креатинин - 0,09 ммоль/л, сахар - 6,5 ммоль/л.

**Задача № 11**

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что аналогичные боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем сейчас нагрузку, но последние несколько месяцев носят описанный выше характер. Больной получает Бисопролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м2. Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) – 86,6 мл/мин. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено. Выполнена ВЭМ – проба прекращена на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Больному проведена ЭХО-кардиография. Фракция выброса составила 40%. Какие лечебные мероприятия необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Проведена коронарография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии 70%. Какова тактика дальнейшего ведения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №12**

Больная 50 лет обратилась в поликлинику. Из анамнеза: в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приема Нитроглицерина. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс

* 62 удара в минуту. ЭКГ в покое без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. Во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом скорой помощи, были зарегистрированы подъем сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет у больной отмечается повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст. при оптимальном АД для больной 130/80 мм рт. ст. Отец умер внезапно в возрасте 57 лет, мать страдает артериальной гипертензией и ИБС. Больная курит до 20 сигарет в день в течение 25 лет.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

**Тема 12.** **Поликлиническая тактика ведения больных с ишемической болезнью сердца.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ишемической болезни сердца?

1. артериальная гипоксемия

2. недостаточное поступление кислорода

3. усиление потребления кислорода

4. снижение утилизации кислорода

2. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?

1. патологический зубец Q

2. подъем сегмента ST

3. депрессия сегмента ST

4. появление отрицательного зубца Т

5. преходящая блокада ножек пучка Гиса

3. Какие признаки при стенокардии напряжения дают основание заподозрить возникновение инфаркта миокарда?

1. длительность боли более 15 минут

2. появление страха смерти

3. падение АД

4. боль сильнее предыдущих приступов

4. Кардиоспецифическим маркером некроза миокарда является

1.Миоглобин

2.ЛДГ

3.Тропонин I

4.Общая КФК

5. У больной 46-ти лет ночью развиваются приступы загрудинных болей, во время которых на электрокардиограмме регистрируется преходящий подъем сегмента ST. Наиболее вероятным диагнозом является

1.Вариантная стенокардия

2.Острый коронарный синдром с подъемом ST

3.Острый перикардит

4.Тромбоэмболия легочной артерии

6. Показания к оперативному лечению стенокардии

1. I-II ФК

2. III-IV ФК

3. прогрессирующая стенокардия

4. отсутствие эффекта от антиангинальной терапии

5. стенозирующий атеросклероз проксимальных отделов левой и правой коронарных артерий

7. Признаками нестабильной стенокардии являются

1. изменение длительности и интенсивности болевых приступов

2. нарушения сердечного ритма и проводимости

3. отсутствие эффекта от приема нитратов

4. снижение АД без гипотензивной терапии

5. появление патологического зубца Q на ЭКГ

8. ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются

1. удлинение интервала Q-T

2. удлинение интервала P-Q

3. зубец Q амлитудой больше трети R и длительностью более 0,03 с

4. изменение конечной части желудочкового комплекса и зубца Т

5. "застывший" подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии

9. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане

1. развития инфаркта миокарда

2. тромбоэмболии мозговых сосудов

3. развития фатальных нарушений ритма сердца

4. развития легочной гипертензии

5. развития венозной недостаточности

10. Причинами вариантной стенокардии (типа Принцметала) являются

1. поражение мелких сосудов коронарной артерии

2. спазм крупной коронарной артерии

3. спазм мелких сосудов коронарной артерии

4. сочетание атеросклеротического стеноза и вазоспазма

11. Приступ стенокардии является ситуацией, угрожающей развитием

1. инфаркта миокарда

2. пароксизма тахиаритмии

3. фибрилляции желудочков

4. асистолии

5. разрыва стенки желудочка

12. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для инфаркта миокарда?

1. патологический зубец Q

2. конкордантный подъем сегмента ST

3. дискордантный подъем сегмента ST

4. низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях

13. Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда?

1. креатининфосфокиназы

2. лактатдегидрогеназы

3. аминотрансферазы

4. щелочной фосфатазы

5 тропонина

14. Какие эхокардиографические признаки характерны для инфаркта миокарда?

1.диффузный гиперкинез

2. диффузный гипокинез

3. локальный гипокинез

4. локальный гиперкинез

15. Какое лечение показано в первые 6 часов инфаркта миокарда?

1. тромболитическая терапия

2. антикоагулянтная терапия

3. дигитализация

4. терапия антагонистами кальция

5. терапия периферическими вазодилататорами

16. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

1. артериальная гипотензия

2. пульсовое давление более 30 мм рт. ст.

3. брадикардия

4. олигурия

5. ацидоз

17. Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока?

1. мезатон

2. допамин

3. фуросемид

4. преднизолон

5. бикарбонат натрия

18. Какой из перечисленных клинических вариантов стенокардии является показанием для госпитализации?

* 1. стенокардия Принцметала
  2. впервые возникшая стенокардия напряжения
  3. прогрессирующая стенокардия
  4. стенокардия напряжения ФК IV
  5. все вышеперечисленное

19. При возникновении острого приступа болей за грудиной и в эпигастральной области у мужчин среднего возраста обследование следует начинать **…**

* + - 1. с зондирования желудка
      2. с рентгеноскопии ЖКТ с барием
      3. с ЭКГ
      4. с ФГДС
      5. с исследования мочи на диастазу

20. Больной 40 лет, жалобы на длительные ноющие боли в прекардиальной области, нечетко связанные с волнением, ощущение проколов в левой половине грудной клетки. При объективном осмотре патологии не выявлено. ЭКГ без патологии. С какого исследования следует начинать обследование **…**

с исследования крови на сахар и холестерин

с исследования крови на липопротеиды

с эхокардиографии

с велоэргометрии

с фонокардиографии

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Этиология и факторы риска ИБС. Классификация ИБС.

2. Диагностика ИБС. Возможности определения в поликлинике функционального класса стенокардии напряжения.

3. Комплексная медикаментозная терапия cтабильных форм ИБС в условиях поликлиники, тактика купирования ангинозных приступов. Модификация устранимых факторов риска и обучение пациента. Определение показаний для хирургического лечения.

4. Нестабильные формы ИБС и тактика при их выявлении. Показания к госпитализации.

5. Ранние симптомы инфаркта миокарда. Атипичная форма инфаркта миокарда.

6.Тактика врача- терапевта поликлиники при подозрении на инфаркт миокарда.

7. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи и госпитализации. Определение показаний для хирургического лечения и подготовка пациента.

8. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения.

9. Алгоритм диспансерного наблюдения больных ИБС с ХСН не выше II ФК без жизнеугрожающих нарушений ритма сердца: - стенокардия I-II ФК - стенокардия III-IY ФК - постинфарктным кардиосклерозом -перенесших ангиопластику/ аорто-коронарное шунтирование. Психологическая и социально-трудовая реабилитация.

10. Вопросы нетрудоспособности при стенокардии напряжения. Рациональное трудоустройство. Показания к направлению МСЭ. Временная нетрудоспособность, ее сроки в зависимости от вида, распространенности и тяжести инфаркта миокарда, наличия или отсутствия осложнений. Показания для направления на МСЭ.

11.Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики профессиональных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

Задача № 1

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет. Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно:состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м2. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью легких ясный легочный звук. ЧДД – 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 170/100 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

# **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

# Задача № 2

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°С. Рост

– 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м2. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счѐт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

# **Вопросы:**

* + - 1. Предположите наиболее вероятный диагноз
      2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
      3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
      4. Назначьте лечение и обоснуйте
      5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости

миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

Задача № 3

Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к участковому врачу с жалобами на давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, возникающие при подъеме по лестнице на 2- й, 3-й этаж. Боли периодически отдают в левую руку, купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Потребность в нитроглицерине 3-4 раза в день.

Из анамнеза известно, что болен около года, за это время частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. К врачу не обращался, нитроглицерин принимал по рекомендации знакомого. Семейный анамнез: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет, ИМ.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 89 кг, ИМТ 30,44 кг/м2. Окружность талии – 104 см. В легких – дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты,

систолический шум на аорте. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах: глюкоза натощак – 4,6 ммоль/л, креатинин – 66 мкмоль/л, общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 ед/л, АЛТ 34 ед/л.;

**Вопросы:**

* + - 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
      2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
      3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
      4. Препараты каких групп антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
      5. Через 3 месяца регулярной антиангинальной терапии (препарата из группы лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе) + розувастатин 20 мг/сутки + ацетилсалициловая кислота 100 мг/сутки + соблюдение диеты – приступы стенокардии стали более редкими, потребность в короткодействующих нитратах 1-2 раза в день, АД колеблется в пределах 125-130/75-80 мм рт.ст., ЧСС в покое около 70-74 ударов в минуту, вес 87 кг, общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,1 ммоль/л, АСТ 51ед/л, АЛТ 41ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача № 4

Больной 47 лет поступил в стационар с амбулаторного приема в поликлинике, куда обратился с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъеме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 2 года назад, но больной их появление не связывал с заболеванием сердца, к врачам не обращался. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках – при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД – 170/100 мм рт. ст. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.

**Вопросы:**

* + - 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
      2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
      3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
      4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
      5. Есть ли в данном случае показания к хирургическому лечению? Обоснуйте.

Задача № 5

Больной К. 48 лет, экономист. Обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблетками нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в мин. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено.

ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде.

Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

**Вопросы:**

Сформулируйте клинический диагноз

Проведите обоснование клинического диагноза

Назовите основные факторы риска атеросклероза.

Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение

Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

Задача № 6

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что аналогичные боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем сейчас нагрузку, но последние несколько месяцев носят описанный выше характер. Больной получает Бисопролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м2. Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) – 86,6 мл/мин. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено. Выполнена ВЭМ – проба прекращена на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Больному проведена ЭХО-кардиография. Фракция выброса составила 40%. Какие лечебные мероприятия необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. Проведена коронарография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии 70%. Какова тактика дальнейшего ведения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача №7

Больная 50 лет обратилась в поликлинику. Из анамнеза: в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приема Нитроглицерина. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс

* 62 удара в минуту. ЭКГ в покое без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. Во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом скорой помощи, были зарегистрированы подъем сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет у больной отмечается повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст. при оптимальном АД для больной 130/80 мм рт. ст. Отец умер внезапно в возрасте 57 лет, мать страдает артериальной гипертензией и ИБС. Больная курит до 20 сигарет в день в течение 25 лет.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

**Тема 13.** **Хроническая сердечная недостаточность. Поликлиническая тактика ведения больных.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Для диагностики функционального класса хронической сердечной недостаточности наиболее простым и информативным методом является:

А)Взвешивание

Б)Эхо-КГ

В)Велоэргометрия

Г)Дистанция 6-минутной ходьбы

2. Побочный эффект терапии статинами:

А)Дисфункция щитовидной железы

Б)Головные боли

В)Миопатии

Г)Импотенция

3. Дайте экспертное заключение о трудоспособности пациента с выраженными нарушениями функций сердечно-сосудистой системы и ограничением жизнедеятельности II-III степени

А)Трудоустроить через ВК

Б)Признать инвалидом 1-й группы

В)Признать инвалидом 2-й группы

Г)Признать трудоспособным

4. К какой из перечисленных категорий следует отнести пациента, который во время теста 6-минутной ходьбы проходит расстояние, равное 350 м

А)I функциональный класс NYHA

Б) II функциональный класс NYHA

В)III функциональный класс NYHA

Г)IV функциональный класс NYHA

5. Бессрочно 1 группа инвалидности устанавливается у больного

А)с ХСН с отеком легких

Б)ХСН ФК IV, нуждающегося в постоянном уходе

В)ХСН ФК IV, не нуждающегося в постоянном уходе

Г)ХСН ФК I и II

6. Санаторно-курортное лечение при ХСН возможно при

А)ХСН ФК IV

Б)Отеке легких

В)ХСН ФК I и II

Г)Наличии отеков

7. Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

А)ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ

Б)Аортальный стеноз

В)Констриктивный перикардит

Г)Двусторонний стеноз почечных артерий

8. Применение бета-адреноблокаторов противопоказано при

А)Гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта ЛЖ

Б)Дилатационной кардиомиопатии

В)Стенозирующем атеросклерозе периферических артерий

Г)Стенозе аортального клапана

9. Патогномоничным эхокардиографическим критерием систолической дисфункции левого желудочка является

А)Снижение фракции выброса левого желудочка

Б)Умеренно выраженная гипертрофия левого желудочка

В)Аномальный ток крови из левого желудочка в левое предсердие

Г)Увеличение передне-заднего размера левого предсердия

10. Абсолютным противопоказанием для назначения тиазидных диуретиков больным является

А)Подагра

Б)Фибрилляция предсердий

В)Атриовентрикулярная блокада

Г)Хроническая сердечная недостаточность

11. У ЖЕНЩИНЫ 50 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ с ХСН, В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПОЯВИЛИСЬ ПЕРШЕНИЕ В ГОРЛЕ И СУХОЙ КАШЕЛЬ, НЕ ПОДДАЮЩИЕСЯ ТЕРАПИИ ОТХАРКИВАЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ И АНТИБИОТИКАМИ, (НЕ КУРИТ, АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ НЕ ОТЯГОЩЕН, НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО). НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ КАШЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЕМ

А) блокаторов ангиотензиновых рецепторов

Б) ингибиторов АПФ

В) диуретиков

Г) блокаторов кальциевых каналов

12. К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИЕТЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ

А) ограничение потребления жидкости

Б) ограничение потребления сахара

В) ограничение потребления белков

Г) увеличение в рационе поваренной соли

13. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ

А) головную боль

Б) одышку

В) боли в суставах

Г) ноющие боли в области сердца

14. ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ

А) Ацетилсалициловую кислоту

Б) антикоагулянты

В) Клопидогрел

Г) Тикагрелор

15. ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

А) ингибиторов фосфодиэстеразы

Б) антагонистов кальция (фенилалкиламинов)

В) ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента

Г) ингибиторов карбоангидразы

16. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

А) снижение массы тела

Б) снижение конечного диастолического давления в правом желудочке

В) снижение частоты сердечных сокращений

Г) уменьшение размеров печени

17. ВЕРОЯТНОСТЬ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ

А) гипонатриемии

Б) гипокалиемии

В) гипокальциемии

Г) гипермагниемии

18. АСЦИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПРИ

А) туберкулезе брюшины

Б) циррозе печени

В) прогрессировании сердечной недостаточности

Г) канцероматозе брюшины

19. ОБЫЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕ ВЫЗЫВАЕТ УСТАЛОСТИ, СЕРДЦЕБИЕНИЯ И ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ С \_\_\_\_\_\_ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А) I

Б) II

В) III

Г) IV

20. СИМПТОМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЮТСЯ В ПОКОЕ И РЕЗКО ВОЗРАСТАЮТ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А) II

Б) I

В) IV

Г) III

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение ХСН.
2. Этиология ХСН.
3. Классификация
4. Диагностика ХСН
5. Профилактика.
6. Диспансерное наблюдение больных ХСН
7. Алгоритм диспансерного наблюдения больных ХСН I-IIА ст. и IIБ-IIIст., стабильного течения
8. Задачи лечения ХСН
9. Лечение ХСН в условиях диспансерного наблюдения (медикаментозное, немедикаментозное).
10. Практические аспекты применения иАПФ у пациентов ХСН
11. Практические аспекты применения Бета-адреноблокаторов
12. Диуретическая терапия
13. Реабилитационные мероприятия.
14. Показания для госпитализации.
15. Рациональное трудоустройство. Показания к установлению группы инвалидности.
16. Прогноз

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

Задача № 1

Мужчина 56 лет, пенсионер, обратился на приѐм к участковому терапевту с жалобами на незначительную одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отеки в области стоп. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда по задней стенке левого желудочка. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отѐков в области стоп к вечеру. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 180 см, вес 71 кг, ИМТ 21,9 кг/м2. Кожные покровы умеренной влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 62 в мин. АД – 132/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рѐберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно. В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; БАК: глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) – 92 мл/мин, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л.; ЭКГ: ритм синусовый 65 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Нуждается ли пациент в диуретической терапии? Если да, то диуретики каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Какие дополнительные рекомендации, касающиеся немедикаментозные методы лечения и реабилитации необходимо дать пациенту?

Задача № 2

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отёки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отѐки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лѐгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы P отсутствуют.

Вопросы: 1. Выделите ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите тактику лечения.

5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

Задача № 3

Пациент 69 лет направлен врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации. Из анамнеза: 6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки, Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдалась слабость при физической нагрузке. Пациент сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до 37.4°С. Вследствие нарастания слабости, прекратил приём Карведилола, использовал обильное питьё, витамины. Состояние ухудшилось. Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы в легких с двух сторон; тоны сердца глухие, ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отёки нижних конечностей. В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек. ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента? Что способствовало развитию декомпенсации сердечной недостаточности? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

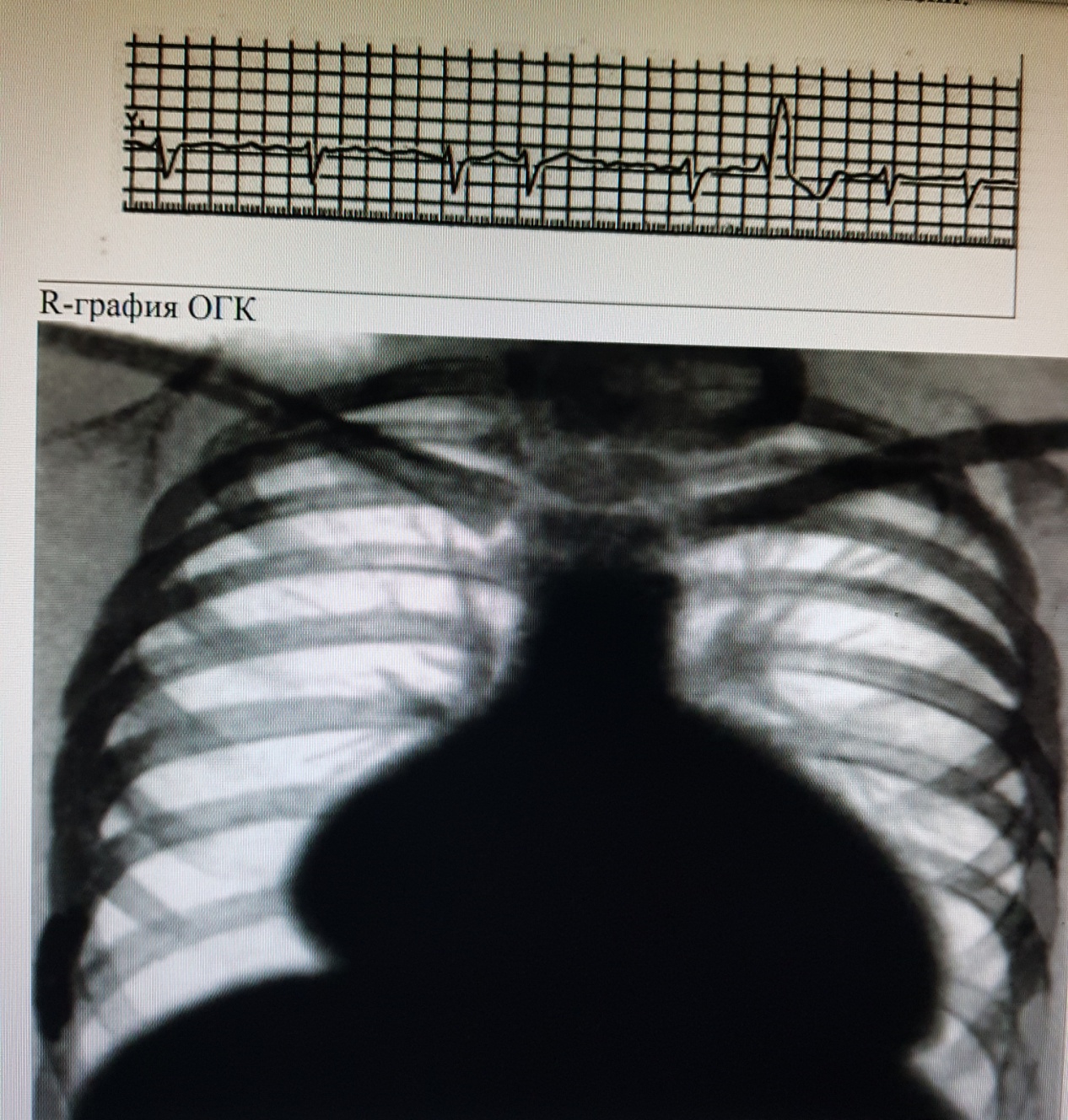
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы препаратов следует назначить больному? Как быть с назначенным ингибитором АПФ фозиноприлом в связи с АД 105/70 мм рт. ст. - отменить, уменьшить или увеличить дозу? Как быть с Карведилолом?

5. Если, несмотря на проведение адекватной терапии, не удастся добиться стойкой компенсации сердечной недостаточности, имеются ли резервы в лечении?

Задача № 4

Больной Н. 37 лет, тракторист, обратился с жалобами на перебои в работе сердца, одышку смешанного характера при обыденной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время, общую слабость. Ранее чувствовал себя вполне удовлетворительно, активно занимался спортом (лыжи, туризм). Болен в течение 6 месяцев, когда появились чувство нехватки воздуха при подъѐме на 2-3-й этаж и при быстрой ходьбе, перебои в сердце и сердцебиение. Объективно: состояние средней степени тяжести, положение в постели вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Отѐки до средней трети голеней. Одышка в покое (ЧД - 24 в минуту). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах лёгких. Отмечается пульсация и набухание шейных вен. АД - 100/70 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, 105 в минуту, ритм неправильный, акцент II тона на лёгочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края рёберной дуги, поверхность еѐ ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглён. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты – 3,04×1012/л, лейкоциты - 4,6×109 /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 1%; СОЭ – 19 мм/ч. Общий анализ мочи: жёлтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес - 1012, белок - – 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет. Биохимический анализ крови: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л (норма - 3,5-6,1), калий – 4,8 ммоль/л (норма - 3,4-5,3), общий билирубин – 23,0 (8,0-15,0) мкмоль/л (норма - 8,5- 20,5), креатинин – 0,13 ммоль/л (норма - 0,014-0,44). Протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л (2-4). ЭхоКГ: МЖП – 10 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма - до 11 мм), КДР ЛЖ – 69 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ – 55 мм (норма - до 35 мм), ФВ 35% (норма - 60- 70%). ПЖ - 33 мм (норма - до 23 мм), ЛП – 50 мм (норма - до 40 мм). Гипокинезия задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки. Аорта - 36 мм. МК: створки не изменены, регургитация III степени. ТК: створки не изменены, регургитация III степени. ЭКГ R-графия ОГК



Вопросы: 1. Перечислите синдромы, составляющие клиническую картину. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).

2. Проведите дифференциальную диагностику.

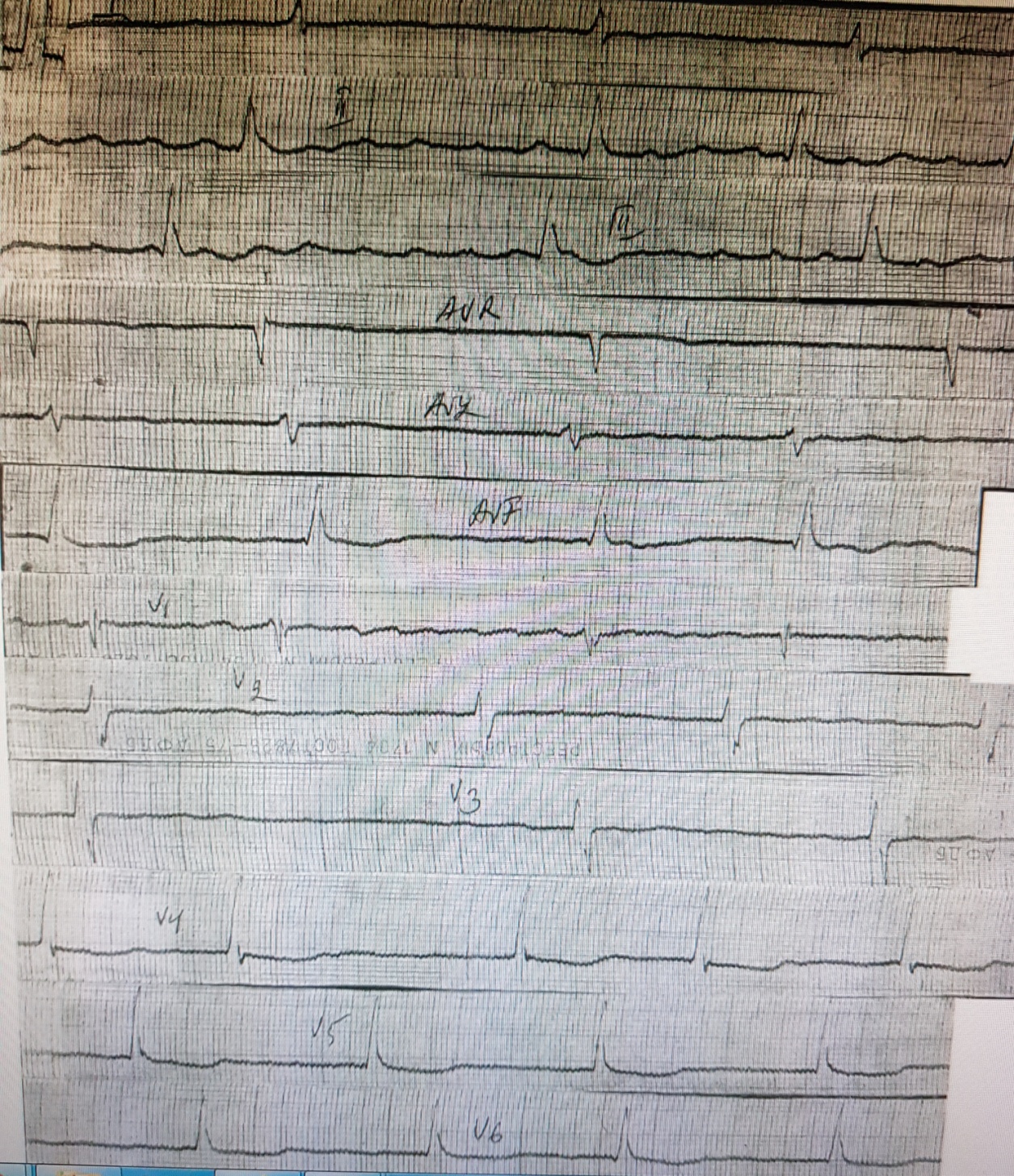
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.

5. Составьте план лечения.

Задача № 5

Больной В. 35 лет, инженер, жалуется на отѐки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе употребление наркотиков. Два года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечился в стационаре. Год назад появилась тяжесть в правом подреберье, эпизодически появлялись отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот. Объективно: диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. В течение года субфебрилитет. Температура – 36,9°С. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Пульсация и набухание шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритм неправильный, удовлетворительного наполнения, напряжения, средней величины. ЧСС - 72 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, громкие. У основания мечевидного отростка I тон ослаблен, выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см, край её ровный, закруглённый, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненна. Селезёнка пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты – 12×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 2%. СОЭ – 26 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 65 Ед/л, АЛТ – 89 Ед/л, билирубин общий – 32,24 мкмоль/л (прямой – 16,12, непрямой – 12,12). ЭКГ



Вопросы: 1. Сформулируйте синдромы и определите ведущий (ведущие).

2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Сформулируйте план дополнительного обследования.

5. Сформулируйте основные принципы лечения.

Задача № 6

Женщина 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°С, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток. При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трёхчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты – 12,1×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 18%, γ – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/л).

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

Задача № 7

Больному 52 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает Серетид ингаляционно. Приступы астмы купируются Сальбутамолом. По поводу ИБС начал получать Метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приёма Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объёмной скорости выдоха.

Вопросы:

1. Предположите причину учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха.

2. Предположите альтернативные антиангинальные препараты в данной ситуации.

3. Какие нежелательные эффекты может вызвать Верапамил?

4. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменѐн. Предложите антиангинальную терапию.

5. Бисопролол также обладает отрицательным инотропным действием, будет ли латентная сердечная недостаточность противопоказанием к применению Бисопролола?

Задача № 8

Больной 65 лет с диагнозом «гипертоническая болезнь II степени, ИБС, стенокардия напряжения стабильная, ФК II, гиперлипидемия (ОХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 4 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II стадия, ФК II». АД – 135/95 мм рт. ст., имеется фибрилляция предсердий, постоянная форма, ЧСЖ – 85 уд/мин. Больной получает лечение: Эналаприл по 5 мг 2 раза, Нифедипин по 10 мг 2 раза, Изосорбитадинитрат пролонгированный 40 мг 2 раза, Гипотиазид 25 мг 1 раз утром, Дигоксин 0,25 мг 1 раз в сутки, Верапамил по 120 мг 3 раза. Состояние больного не улучшается.

Вопросы: 1. Оцените обоснованность получаемых препаратов.

2. Какая группа препаратов является важнейшей при ИБС, ХСН и фибрилляции предсердий?

3. Какие осложнения возможны при постоянной форме фибрилляции предсердий, и какие меры профилактики должны быть предприняты?

4. Какой антикоагулянт необходим и каковы меры контроля эффективности и безопасности?

5. Каковы меры по борьбе с гиперлипидемией у больного?

Задача № 9

Вызов врача-терапевта участкового на дом. Больной М 66 лет. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013 г., 2014 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск ССО4. ХСН II Б, ФК III». Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отёки нижних конечностей. При осмотре АД 120/70 мм рт.ст., PS – 60 уд/мин, при аускультации лѐгких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отёки стоп и голеней. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 уд/мин, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка (инфаркт миокарда в анамнезе). ЭХО-КГ: Общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%). Биохимия крови: АСАТ – 45 ед/л, АЛАТ – 39 ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, К+ – 4,0 ммоль/л. На момент осмотра пациент получает: - Верошпирон 25 мг 1 раз в день; - Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки; - Аторвастатин 40 мг вечером; - Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день; - Варфарин 5 мг 1 раза в день. Больной госпитализирован.

Вопросы:

1. Оцените адекватность выбранной диуретической терапии тяжести состояния пациента. 2. Назовите критерии эффективности диуретической терапии для данного пациента.

3. Укажите комбинацию лекарственных препаратов, сочетание которых усиливает риск брадикардии и АВ-блокады. Перечислите методы контроля безопасности фармакотерапии.

4. Укажите лабораторный показатель и его целевое значение для оценки эффективности и безопасности назначения Варфарина.

5. Изменение каких лабораторных показателей и во сколько раз может свидетельствовать о развитии побочных эффектов на фоне приёма статинов?

**Тема 14.** **Поликлиническая тактика ведения больных сахарным диабетом 1 и 2 типа».**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. Минимальное значение уровня глюкозы венозной плазмы в любое время суток, свидетельствующее в пользу диагноза «сахарный диабет», составляет (ммоль/л):

1. 6,1
2. 11,1
3. 9,7
4. 15

2. Препаратом выбора для лечения сахарного диабета 1 типа является:

1. Глипизид

2. Метформин

3. Глибенкламид

4. Инсулин

3. Феноменом «утренней зари» считают:

1. Утреннюю гипергликемию, обусловленную повышением секреции контринсулярных гормонов

2. Снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина

3. Исчезновение симптомов вторичного сахарного диабета при болезни Кушинга после двусторонней адреналэктомии

4. Утреннюю гипергликемию после ночной гипогликемии

4. Гестационным сахарным диабетом считают:

1. Любое значение гликемии, превышающее нормальный уровень глюкозы во время беременности

2. Гипергликемию, впервые выявленную во время беременности или в течение года после родов

3. Гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, но не соответствующую критериям «манифестного» сахарного диабета

4. Гипергликемию, обусловленную сниженной продукцией кортизола у беременной женщины

5. Диагноз «синдром диабетической стопы» ставят при обнаружении у пациента с сахарным диабетом:

1. Язвенного дефекта подошвы стопы и сенсорно-моторной нейропатии

2. Сухости кожных покровов стоп

3. Выраженной деформации пальцев

4. Снижения чувствительности в области стоп

6. Для коррекции инсулинорезистентности и снижения продукции глюкозы печенью у пациентов с сахарным диабетом 2 типа целесообразно использовать:

1. Натеглинид

2. Глибенкламид

3. Акарбоз

4. Метформин

7. Сахарный диабет, протекающий с абсолютной инсулиновой недостаточностью, относится к:

1. 2 типу

2. 1 типу

3. Гестационному

4. Стероидному

8. Основным механизмом сахароснижающего действия препаратов сульфонилмочевины является:

1. Подавление продукции глюкозы печенью

2. Снижение инсулинорезистентности

3. Стимуляция секреции инсулина

4. Торможение всасывания глюкозы в кишечнике

9. Сахарный диабет 1 типа следует лечить:

1. Инсулином

2. Препаратами сульфонилмочевины

3. Агонистами глюкагоноподобного пептида 1

4. Бигуанидами

10. Диабетическая кетоацидотическая кома характеризуется дыханием:

1. Чейн – Стокса

2. Биота

3. Грокка

4. Куссмауля

11. Уровни гликемии за последние три месяца характеризуют:

1. Оральный тест глюкозотолерантности

2. Гликированный гемоглобин

3. Гликемию натощак

4. Постпрандиальную гликемию

12. Основным диагностическим критерием сахарного диабета является уровень:

1. Глюкозы мочи

2. Инсулина крови

3. Глюкозы крови

4. Кетоновых тел крови

13. Уровень гликозилированного гемоглобина, позволяющий диагностировать сахарный диабет, составляет (%):

1. 5,0

2. 6,0

3. 5,5

4. 6,5

14. Пациенту 50 лет с ожирением и впервые выявленным уровнем глюкозы плазмы натощак 8,0 ммоль/л необходимо в ближайшие дни провести:

1. Глюкозо-толерантный тест

2. Повторное определение глюкозы плазмы натощак

3. Определение глюкозы в моче

4. Определение инсулина в крови

15. Появление у юноши 18 лет после перенесенной вирусной инфекции жажды, полиурии, общей слабости, повышения уровня глюкозы крови до 16 ммоль/л, наличия ацетона в моче свидетельствует о:

1. Сахарном диабете 1 типа

2. Сахарном диабете 2 типа

3. Ссахарном диабете вследствие болезни экзокринной части поджелудочной железы

4. MODY-диабете

16. Уровень глюкозы плазмы крови натощак, позволяющий диагностировать сахарный диабет, составляет (ммоль/л):

1. 7,0

2. 6,0

3. 6,5

4. 6,1

17. Пациенту с сахарным диабетом 2 типа при отсутствии белка в общем анализе мочи определение микроальбуминурии показано:

1. Через 1 год от момента постановки диагноза

2. Через 3 года от момента постановки диагноза

3. Через 5 лет от момента постановки диагноза

4. Сразу при постановке диагноза

18. Уровнем глюкозы плазмы крови при проведении перорального глюкозотолерантного теста, позволяющим диагностировать сахарный диабет, является (ммоль/л):

1. 11,0

2. 11,1

3. 10,0

4. 9,0

19. Лечение кетоацидотической комы начинают с введения:

1. Больших доз бикарбоната натрия

2. Преднизолона

3. Норадреналина

4. Изотонического раствора хлорида натрия и инсулина

20. При гипогликемической коме терапию начинают с внутривенного введения

1. 5% раствора глюкозы

2. 0,9% раствора натрия хлорида

3. 40% раствора глюкозы

4. Препаратов калия

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Основные этиологические факторы развития сахарного диабета.
2. Патогенетические механизмы развития заболевания.

3. Классификация сахарного диабета.

4. Критерии диагностики сахарного диабета.

5. Оособенности клинического течения у пожилых.

6. Причины развития ком; пaтогенез и клинику кетоацидотической и гипогликемической ком.

7. Техника введения инсулина и принципы самоконтроля.

8. Определение: хлебная единица, коэффициент чувствительности, гликированный гемоглобин.

9. Определение объёма необходимых исследований при сахарном диабете.

10. Тактика лечения сахарного диабета, острых и хронических осложнений.

11. Формулировка развернутого клинического диагноза.

12. Дифференциальная диагностика диабетической кетоацидотической комы и кетоацидоза при ацетонемической рвоте, гипогликемической диабетической комы и гипогликемии недиабетического генеза.

13. Лечениепри диабетической кетоацидотической коме с гипергликемией, гипогликемией, нормогликемией; при гипогликемической коме.

14. Выявление хронических осложнений сахарного диабета (ретинопатия, нефропатия, кардиопатия, ангиопатия, нейропатия).

15. Диспансеризация больных сахарным диабетом.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

Задача №1

Больной 31 год жалуется на сухость во рту сильную жажду (пьет около 5 литров в день) слабость. Начало заболевания связывает с перенесенной вирусной инфекцией. При обследовании сахар крови 15 ммоль\л, глюкозурия.

1. Ваш клинический диагноз?
2. Можно ли указать степень тяжести заболевания
3. Чем обусловлена глюкозурия
4. Назовите факторы риска данного заболевания
5. Какие поздние осложнения возможны при данном заболевании

Задача№2

Больная д., 18 лет, страдает сахарным диабетом около 4 лет. Начало заболевания связывает с психической травмой. Получает 36 ед. инсулина. В связи с улучшением доза инсулина была самостоятельно уменьшена до 20 ед. на фоне чего состояние ухудшилось, усилилась жажда, исчез аппетит, появились боли в животе, тошнота, рвота. При Осмотре: запах ацетона в выдыхаемом воздухе, язык сухой, красный. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области.

1. Ваш диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Нужно ли в данной проводить тест толерантности глюкозе,
4. Какая тактика лечения,
5. Какие причины могут приводить к данному неотложному состоянию,

Задача №3

Больная Л, 54 лет обратилась к дерматологу с жалобами на гнойничковое поражение кожи. Периодически беспокоит сухость во рту. Больная повышенного питания. Язык сухой. Кожные покровы со следами расчесов, множественные гнойничковые высыпания на коже живота, бедер

1. О каком заболевании можно думать
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести
3. Какие поздние осложнения возможны при данном заболевании
4. Какие рекомендации по питанию необходимо дать данной пациентке

Задача №4

Больной Д, 62 лет жалуется на сухость во рту, периодическую жажду. Болен сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет. Диету не соблюдает, сахаропонижающие препараты принимает не регулярно. Последние полгода беспокоят боли в ногах, преимущественно в ночное время, чувство жжения, онемения, ползанья мурашек. Страдает ишемической болезнью сердца

Объективно: повышенного питания, с преимущественным о.тложением жира в области живота, гипотрофия мышц голеней. Язык сухой.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение имеет место у данного пациента
3. Назовите причину развития данного осложнения
4. Назовите патогенетические механизмы развития данного заболевания
5. Какие поздние осложнения сахарного диабета вы знаете

Задача №5

Больной К, 47 лет, болен сахарным диабетом 1 типа с 17летнего возраста. Получает инсулин. 15 лет в моче появилась стойкая протеинурия. последний месяц отмечает кожный зуд, боли в верхней части живота, тошноту, рвоту, жидкий, резкое уменьшение выделяемой мочи.

Объективно кожа сухая, запах аммиака в выдыхаемом воздухе. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. По ходу кишечника.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Назначьте, необходимые для постановки диагноза лабораторные обследования.
3. Назовите причину развития данного заболевания
4. Назовите патогенетические механизмы развития данного заболевания
5. Рекомендации по гликемическому контролю

**Тема 15.** **Анемический синдром в практике врача поликлиники. Профессиональные заболевания кроветворной системы.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. Из каких продуктов легче усваивается железо?

1) яблоки

2) гречневая крупа

3) сырая печень

4) мясо

5) гранаты

2. В каких из пищевых продуктов железо содержится в виде гема?

1) мясо

2) печень

3) яблоки

4) хлеб

5) гранаты

3. В каких отделах ЖКТ в основном всасывается железо?

1) желудок

2) 12 перстная кишка

3) начальные отделы тощей кишки

4) толстый кишечник

4. В составе каких структур железо содержится в организме?

1) гем (гемоглобин, миоглобин)

2) белки ферритин, гемосидерин

3) ферменты, участвующие в энергетическом обмене (цитохромы, каталаза)

4) липазы панкреатического сока

5. Какие из перечисленных заболеваний могут быть причиной

дефицита железа?

1) рак матки

2) эндометриоз

3) язвенная болезнь

4) остеоартроз

5) хронический бронхит

6. Какие из перечисленных глистных инвазий могут быть причиной дефицита железа?

1) анкилостомидоз

2) трихинелез

3) аскаридоз

7. Какие из перечисленных факторов могут стать причиной недостаточного поступления в организм железа?

1) недостаток мясных продуктов в рационе

2) тяжелые энтериты, резекция части тонкого кишечника

3) резекция желудка по Бильрот-1

8. При какой кратности сдачи крови у доноров-мужчин возможен дефицит железа в организме?

1) 1 раз в год

2) 3 раза в год

3) 4-5 раз в год

10. Какие из симптомов характерны для сидеропенического синдрома?

1) выпадение волос

2) глоссит

3) снижение кислотности желудочного сока

4) экстрасистолия

5) рвота

11.Какие из перечисленных симптомов могут быть обусловлены анемией?

1) слабость

2) одышка

3) сердцебиение

4) частый жидкий стул

5) рвота

12.Какие из лабораторных показателей необходимы для подтверждения диагноза железодефицитной анемии?

1) концентрация гемоглобина

2) концентрация билирубина в крови

3) содержание холестерина в крови

4) содержание железа в сыворотке крови

13. Какие значения цветового показателя характерны для железодефицитной анемии?

1) 0,5 - 0,85

2) 0,86 - 1,0

3) 1,1 - 1,5

14. Какие из препаратов железа вводятся парентерально?

1) феррум-лек

2) феррокаль

3) венофер

4) эктофер

5) ферроградумент

15. В каких случаях из перечисленных показано парентеральное введение препаратов железа?

1) остояние после резекции отдела тонкой кишки

2) резекция желудка по Бильрот-2

3) ЖДА на фоне меноррагий

16. Какие из перечисленных препаратов железа содержат в своем составе аскорбиновую кислоту?

1) феррум-лек

2) гемостимулин

3) сорбифер-дурулес

4) иравит

17. Какие из препаратов железа являются пролонгированными формами?

1) ферроградумент

2) тардиферон

3) феррокаль

4) гемостимулин

18. Какие осложнения могут возникнуть при парентеральном введении препаратов железа?

1) инфильтрат в месте введения

2) гемосидероз

3) острая почечная недостаточность

19. В каких случаях при железодефицитной анемии показано переливание крови?

1) беременность

2) предстоящее кесарево сечение

3) срочная гастрэктоми

20. В каких случаях умеренно выраженная железодефицитная анемия может явиться причиной нетрудоспособности?

1) грузчик

2) бухгалтер

3) вахтер

4) диспетчер аэропорта

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1.Дайте определение понятия анемического синдрома. Расскажите классификацию анемий.

2.Укажите современные принципы оценки общеклинического анализа крови (ОАК).

3.Назовите критерии диагностики и тактику ведения больных с гиперхромными анемиями (В12-дефицитной и фолиево-дефицитной анемиями.).

4.Назовите критерии диагностики гемолитических и гипо-апластических анемий.

5.Назовите основные гипохромные анемии, дайте их характеристику (железо-перераспределительные, сидероахрестические, железодефицитная анемии).

6.Дайте определение железодефицитной анемии (ЖДА). Расскажите об обмене железа в организме человека.

7.Расскажите клинику ЖДА.

8.Диагностика железодефицитной анемии и причин ЖДА.

9.Лечение ЖДА. Диета. Принципы назначения препаратов железа.

10.Лечение препаратами железа для парентерального введения. Показания для их применения. Побочные эффекты препаратов железа.

11. Назовите показания к госпитализации при ЖДА.

12.Экспертиза трудоспособности у больных ЖДА.

13. Назовите основные профессиональные заболевания крови.

14. Проведите дифференциальную диагностику профессиональных заболеваний крови, принципы диагностики и лечения, врачебно-трудовой экспертизы.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

Задача № 1

Больной К. 16 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, головокружение, периодически гемоглобин снижается до 50-60 г/л, с низким цветовым показателем, MCV 70 fl, MCH 23 пг, MCHC менее 31 г/дл. Реакция кала на скрытую кровь была неоднократно положительной, однако тщательное рентгенологическое исследование желудка и кишечника источника кровотечения не выявило. На правом предплечье обнаружены две большие ангиомы.

Предположительный диагноз. Тактика ведения пациента.

Задача № 2

У больной в общем анализе крови выявлено: гемоглобин 50 г/л, эритроциты 1,5×1012/л, цветовой показатель 1,0, MCV 81fl, MCH 32 пг, MCHC 32 г/дл, ретикулоциты 1,0% (0,1‰), тромбоциты 1,2×109/л, лейкоциты 2,0 ×109/л, СОЭ 55 мм/ч. Формула крови: эозинофилы – 0%, П/Я – 5%, С/Я – 35%, Л – 52%, М - 8%.

Предположительный диагноз. Тактика ведения пациента.

Задача № 3

Общий анализ крови: гемоглобин 58 г/л, эритроциты 2,3×1012/л, лейкоциты 2,8 ×109/л, эозинофилы – 1%, Ю – 1%, П/Я – 8%, С/Я – 45%, Л – 40%, М-5%., тромбоциты 1,2×109/л, цветовой показатель 1,3, MCV 120 fl, MCH 39пг, MCHC 36 г/дл. Ретикулоциты 0,2% . СОЭ 30 мм/ч. В мазках крови обнаружены мегалобласты 2:100, анизоцитоз, пойкилоцитоз, тельца Жолли.

Предположительный диагноз. Тактика ведения пациента.

Задача № 4

Общий анализ крови: гемоглобин 80 г/л, эритроциты 2,8×1012/л, лейкоциты 7,5 ×109/л, тромбоциты 2,3×109/л, цветовой показатель 0,8, MCV 110 fl, MCH 37 пг, MCHC 32г/дл, ретикулоциты 40%, СОЭ 15 мм/ч. Определяется микросфероцитоз эритроцитов, снижена осмотическая резистентность эритроцитов (ОСЭ).

Предположительный диагноз. Тактика ведения пациента.

Задача № 5

Пациентка 38 лет, жалуется на ноющие боли в подложечной и околопупочной области без определенной периодичности, вздутие живота, тошноту, иногда рвоту, чередование поносов и запоров. Больна в течение 10 лет, но к врачам никогда не обращалась. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 66 кг. Язык со сглаженными сосочками, имеется ангулярный стоматит, утолщение и слоистость ногтей. Бледность кожи и слизистых. Живот несколько вздут, разлитая нерезкая болезненность в подложечной области. В ОАК - Нв 65 г/л, эр. – 3,1 x 1012/л, ЦП 0,75. При исследовании желудочного сока выявлена ахлоргидрия.

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ и ДИАГНОЗ. Тактика ведения.

Задача № 6

Общий анализ крови: гемоглобин 65 г/л, эритроциты 3,2×1012/л, лейкоциты 5,8 ×109/л, цветовой показатель 0,64, MCV 80fl, MCH 25 пг, MCHC 28 г/дл, ретикулоциты 2%, СОЭ 10 мм/ч. эозинофилы – 0, П/Я – 3%, С/Я – 62%, Л – 30%, М-5%. Сывороточное железо значительно увеличено.

Предположительный диагноз.

Задача № 7

Клинический анализ крови: гемоглобин-120 г/л, эритроциты – 2,6 х 1012/л, MCV 80fl, MCH 28 пг, MCHC более 31 г/дл, лейкоциты – 4,3х109/л, тромбоциты - 2,80х109/л, ретикулоциты -0,2%, цветовой показатель-0,85. СОЭ-15 мм/ч. Э-2%, п/я-3%, с/я-56%, л-30%,м-8%.

Задача №8

Больной 26 лет после перенесенного ОРЗ отметил потемнение мочи, небольшую желтушность кожи. При пальпации обнаружена увеличенная печень, несколько увеличена селезенка. Анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты 3,0×1012/л, MCV 110fl, MCH 39 пг, MCHC 32 г/дл, тромбоциты 115×109/л, лейкоциты 7,0 ×109/л, Цветовой показатель 1,0. Ретикулоциты 2,5%. СОЭ 30 мм/ч. Железо сыворотки – 18 мкмоль/л. Проба Хема отрицательная, Проба Кумбса ++++. Общий анализ мочи: эритроциты единичные. Предположительный диагноз.

Задача №9

Анализ крови: гемоглобин – 60 г/л, эритроциты 3,0×1012/л, MCV 72 fl, MCH 24пг, MCHC 27 г/дл, тромбоциты 210 ×106/л, лейкоциты 5,3×109/л, цветовой показатель 0,6, ретикулоциты 3% , СОЭ 18 мм/ч. Э-0%, П-5%, С-52%, Л-28%, М-5%.

Определяются анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Предположительный диагноз.

Задача №10

Больной 44 года, в течение месяца беспокоит слабость, температура до 37,8°С. Лечился антибиотиками без эффекта. При исследовании бледность кожных покровов. В остальном без особенностей. Анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты 2,8×1012/л, MCV 90 fl, MCH 32 пг, MCHC 34г/длб, лейкоциты 3,3×109/л, СОЭ 40 мм/ч, тромбоциты 100×106/л. Наметить исследования наиболее важно провести для уточнения диагноза.

Задача №11

Больная 45 лет. Жалуется на слабость, умеренную одышку при подъеме на 2-3 этаж, обильные и длительные менструации (8 дней).

Объективно: кожа бледная, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Сердечные тоны ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 68 уд. в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии, отеков нет. Стул 1 раз в 2 дня, оформленный, без слизи и крови.

Общий анализ крови: Нв-90 г/л, эритроциты-2,8х1012/л, MCV 80 fl, MCH 27 пг, MCHC 31 г/дл, лейкоциты-4,6х109 /л, э-2%, п/я–1%, с/я-68%, л-22%, м-7 %. СОЭ - 12 мм/ч.

Предположительный диагноз. СХЕМА дальнейшего обследования.

Задача №12

Больной К., 48 лет. Жалуется на боли в эпигастрии с иррадиацией в правое подреберье, отрыжку воздухом, ощущение вздутия и урчание в животе. Анамнез заболевания: страдает хроническим холециститом, колитом в течении 9 месяцев (лечение без особого эффекта, боли в животе нарастали и распространились на весь живот, усилилась слабость).

Объективно: кожа чистая, бледная. Температура тела 36,6 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС-80 уд. в мин. Пульс-80 уд. в мин. АД-120/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, болезненный над пупком. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии, отеков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин -110 г/л, эритроциты-2,63х1012/л, MCV 80 fl, MCH 28 пг, MCHC 28 г/дл, лейкоциты-5,8х109/л, цветовой показатель-0,8. СОЭ-12 мм/ч. В кале яйца гельминтов не обнаружены. Реакция Грегерсена положительная. ФГДС - поверхностный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс. Ректороманоскопия - без патологии.

Предположительный диагноз. Тактика ведения пациента.

Задача №13

Больная Н, 45 лет. Жалуется на боли в животе, тошноту, метеоризм, поносы, чередующиеся с запорами, похудание, слабость. Подобные явления беспокоят 5 лет.

Объективно: Кожа бледная, сухая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС-82 уд в мин. Пульс-82 уд. в мин. АД-110/70 мм.рт ст. Язык обложен белым налетом на корне, влажный. Живот умеренно вздутый, болезненный в эпигастральной области, в области пупка и по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии, отеков нет. Стул нерегулярный, чередование поносов и запоров. Примесь слизи в кале.

Общий анализ крови: гемоглобин-85 г/л, эритроциты -4х1012/л, MCV 76 fl, MCH 25 пг, MCHC 27 г/дл, лейкоциты-4,2х109/л, э-2%, п/я-7%, с/я-52%, л-30%, м-8%, цветовой показатель-0,63. СОЭ-20 мм/ч. Сывороточное железо - 9 мкмоль/л. Общий анализ мочи в норме. В кале я/глист не обнаружены. Реакция Грегерсена отрицательная. Копрограмма - неоформленные, непереваренные мышечные волокна, жир, слизь. ФГДС - картина гастродуоденита, небольшая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рентгеноскопия желудка с досмотром кишечника - картина хронического энтерита.

Предположительный диагноз. Лечение.

Задача №14

Больная 57 лет. Жалобы на слабость, головную боль, чувство покалывания и онемения в пальцах рук и стопах, жжение языка, повышение температуры тела до 37,3°С. Объективно: кожа бледная с желтушным оттенком, субиктеричность склер. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-16 в мин. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости смещены влево. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС-68 уд в мин. Пульс - 63 уд. в мин. АД-130/80 мм.рт.ст. Язык красный, гладкий, влажный, блестящий. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, не вздут. Печень 10х8х7 см (по Курлову). Селезенка 6х4 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии, отеков нет. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: гемоглобин- 85 г/л, эритроциты-1,5х1012/л, MCV 120 fl, MCH 42 пг, MCHC 35 г/дл, лейкоциты- 2,9х109/л, тромбоциты-90х106/л, ретикулоциты-0,2%, цветовой показатель-1,2. СОЭ-30 мм/ч. В мазках крови обнаружены мегалоциты, полисегментарные нейтрофилы. Общий анализ мочи в норме.

Предположительный диагноз. Дополнительные методы обследования.

Задача №15

Общий анализ крови: гемоглобин – 65 г/л, эритроциты – 2,6 х 1012/л, MCV – 130 fl, MCH 39 пг, MCHC 38 г/дл, лейкоциты – 2,3х109/л, э-1%, ю-1%, п/я-8%, с/я-45%, л-40%, м-5%, тромбоциты -1,0х109/л, ретикулоциты -0,2%, цветовой показатель-1,3. СОЭ-30 мм/ч. В мазках крови обнаружены мегалобласты, тельца Жолли, кольца Кебота.

Предположительный диагноз. Тактика ведения пациента.

**Тема 16. Поликлиническая тактика ведения больных с заболеваниями гепатоцеллюлярного тракта.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ» СТАВИТСЯ ПРИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ (МЕС.)

1) 1

2) 3

3) 6

4) 9

2. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ БЫВАЮТ

1) травматические

2) инфекционные

3) алиментарные

4) системные

3. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ОТНОСЯТ

1) артралгию

2) кольцевидную эритему

3) реактивный гастрит

4) асцит

4. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

1) АЛТ

2) АСТ

3) АЛТ и АСТ

4) гамма-ГТ и щелочной фосфатазы

5. К ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С, ОТНОСЯТ

1) рак желудка

2) гепатоцеллюлярную карциному

3) рак легких

4) лимфому

6. ГИПЕРСПЛЕНИЗМОМ НАЗЫВАЮТ

1) интенсификацию элиминации форменных элементов крови

2) увеличение размеров селезенки

3) расширение диаметра селезеночной вены

4) интенсификацию кровоснабжения селезенки

7. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

1) расширения подкожных вен нижних конечностей

2) расширения вен нижней трети пищевода

3) гепатомегалии

4) спленомегалии

8. О РАЗВИТИИ РАКА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА МОЖНО ПОДОЗРЕВАТЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ В КРОВИ

1) АСТ

2) альфа-фетопротеина

3) иммуноглобулина А

4) холинэстеразы

9. ДИАГНОЗ «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ» ПОДТВЕРЖДЕН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В БИОПСИЙНОМ МАТЕРИАЛЕ

1) ступенчатых некрозов гепатоцитов

2) стеатоза гепатоцитов

3) расширенных портальных трактов

4) нарушенного долькового строения

10. ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНУЮ ЭНЦЕФАЛОПАТИЮ СЛЕДУЕТ ПРИ

1) «печеночном» запахе

2) нарастании интенсивности желтухи

3) лихорадке

4) геморрагическом диатезе

11. САМЫМ БЫСТРЫМ ТЕМПОМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1) хроническом вирусном гепатите В

2) хроническом вирусном гепатите С

3) аутоиммунном (люпоидном) гепатите

4) алкогольной интоксикации

12. ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ СУБСТРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) моча

2) кровь

3) пот

4) слюна

13. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

1) лейкопения, лимфоцитоз, нормальная или замедленная СОЭ

2) лейкопения, лимфоцитоз, увеличенная СОЭ

3) лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличенная СОЭ

4) лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная или замедленная СОЭ

14. МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

1) иммуноферментный анализ

2) ПЦР-диагностика

3) биохимический анализ крови

4) определение уробилина в моче

15. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1) церулоплазмина сыворотки

2) креатинфосфокиназы в крови

3) уровня белка Бенс-Джонса в моче

4) уровня цианкоболамина в крови

16. АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА, ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДИСПАНСЕРНЫМ ОСМОТРАМ

1. предварительным
2. целевым
3. профилактическим
4. периодическим

17. ПЕРЕХОД ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) желтуха

2) варикозное расширение вен пищевода

3) гипоальбуминемия

4) энцефалопатия

18. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮЩИМИСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА, ЯВЛЯЮТСЯ

1) почки и лёгкие

2) печень и лёгкие

3) печень и мозг

4) сердце и почки

19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ

1) гепатомегалия

2) иктеричность кожных покровов

3) лихорадка

4) синдром астении-кахексии

20. ОПОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ» ЯВЛЯЕТСЯ

1) определение активности АЛТ

2) исследование мочи на желчные пигменты

3) определение уровня общего билирубина и его фракций

4) обнаружение маркеров вирусных гепатитов

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

* + - 1. Определение хронического гепатита (ХГ).
      2. Классификация ХГ.
      3. Диагностика ХГ при различных заболеваниях.
      4. Клинические синдромы и симптомы при ХГ.
      5. Принципы лечения ХГ.
      6. Профилактика ХГ.
      7. Определение цирроза печени (ЦП).
      8. Классификация ЦП.
      9. Клиника, диагностика ЦП.
      10. Основные направления терапии ЦП.
      11. Диспансеризация пациентов с ЦП, профилактика осложнений.
      12. Профессиональные токсические гепатиты.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

Задача № 1

Пациент С. 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2) ×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×10¹²/л; лейкоциты – 6,3× 109/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Нb – 148 г/л; тромбоциты – 217×109/л; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевина – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бетаглобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий– 3,7ммоль/л; Na– 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркёры гепатитов В, С): НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); анти-НВсIgМ (-); анти-HCV – отриц.

Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале МETAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача № 2

Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области

правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – 4,5×10¹²/л; лейкоциты – 6,5×109/л; нейтрофилы – 4,5×109/л; лимфоциты – 1,3×109/л; моноциты – 0,44×109/л; эозинофилы – 0,2×109/л; базофилы – 0,06×109/л; Нb – 145г/л; тромбоциты – 232×109/л; СОЭ – 23 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфафетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%.

Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, Dв сыворотке крови): НВsAg (+); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (+); HBeAg (-); анти-НВе (+); анти-НВсIgМ (-); анти-НDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса Gв сыворотке крови-7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл.

Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале МETAVIR), цирроз печени.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл.- Серологическое исследование (ИФА): НВsAg (-); анти-НВs (+); анти-НВсIgG (+); HBeAg (-); анти-НВе (+); анти-НВсIgМ (-).-Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача № 3

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 74 в 1 мин; АД = 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – 4,6×10¹²/л; лейкоциты – 6,7×х109/л; нейтрофилы – 4,4×109/л; лимфоциты – 1,5×109/л; моноциты – 0,46×109/л; эозинофилы – 0,28×109/л; базофилы – 0,06×109/л; Нb – 144г/л; тромбоциты – 242×109/л; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 ед/л; АСТ – 157 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа-1-глобулины – 2,8 г/л; альфа-2глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%.

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-HCV– положительный; НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); антиНВсIgМ (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса Gв сыворотке крови -7,2г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 31000 МЕ/мл.

Эластометрия печени: определена стадия F4(по шкале МETAVIR), цирроз печени. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл.- Биохимия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТП – 29 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ - 60%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача № 4

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л; Нв – 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 98×109/л, лейкоциты – 3,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см2. Свободная жидкость в брюшной полости.

**Вопросы:**

* 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
  2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
  3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
  4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.

5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

задача № 5

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд.

Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести.

При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?

Задача № 6

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°С, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5°С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Задача № 7

Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, тёмную мочу, слабость, отвращение к пище, лёгкую тошноту. Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5°С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – тёмная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток подкожных и внутривенных инъекций.

Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8°С. Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезёнки. Моча тёмно-коричневого цвета, кал серый.

**Вопросы:**

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его.

2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.

4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

Задача № 8

Больная В. 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота. Больна в течение 5 лет. Лечилась у дерматолога по поводу нейродермита и у гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников.

При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчёсов на коже туловища. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ – 413 Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л. В общем анализе крови: СОЭ – 25 мм/час.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какое лечение следует назначить данному больному?

**Тема 17. Вопросы геронтологии и гериатрии в амбулаторно-поликлинической практике.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. При старении отмечаются следующие изменения, связанные с атрофическими процессами головного мозга:  
1. нарушение памяти;  
2. эмоциональные расстройства;  
3. снижение объема обучения;  
4. улучшение памяти;  
5. увеличение объема обучения.

2. Гетеротропность — это:  
1. различная скорость развития возрастных изменений;  
2. равноценная выраженность процесса старения различных ор­ганов и тканей и разных структур одного органа;  
3. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;  
4. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;  
5. одновременное наступление старения различных органов и тканей.

3. Изменения грудной клетки в пожилом возрасте заключаются в:  
1. увеличении передне-заднего размера;  
2. расширении нижней апертуры;  
3. росте отрицательного внутриплеврального давления;  
4. уменьшении передне-заднего размера;  
5. сужении нижней апертуры.

4. Увеличение ночного диуреза в пожилом возрасте связано с:  
1. пониженной чувствительностью сфинктера мочевого пузыря;  
2. наличием аденомы или гипертрофии предстательной железы;  
3. улучшением кровообращения в почках в горизонтальном положении;  
4. повышенной чувствительностью сфинктера мочевого пузыря;  
5. улучшением кровообращения в почках в вертикальном положении.

5. Хронобиологические возрастные изменения тесно коррелируют с:  
1. временем принятия решений;  
2. социальным временем,  
3. психологическими характеристиками;  
4. астрономическим временем;  
5. физическими данными.

6. К показателям, изменяющимся в пожилом и старческом возрасте, относятся:  
1. уровень глюкозы в крови;  
2. сократительная способность миокарда;  
3. толщина стенки матки:  
4. синтез гормонов гипофиза;  
5. кислотно-основное равновесие.  
6 все ответы правильные

7. Старение характеризуется:  
1. разрушительностью;  
2. эндогенностью;  
3. постепенностью;  
4. адаптивностью;  
5. созидательностью.

8. Гетерогенность — Это:  
1. различная скорость развития возрастных изменений;  
2. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;  
3. одновременное наступление старения всех органов и тканей;  
4. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;  
5. равноценная выраженность процессов старения органов и тканей.

9. Дренажная функция бронхов снижается с возрастом в результате:  
1. атрофии бронхиального эпителия;  
2. снижения перистальтики бронхов;  
3. снижения кашлевого рефлекса;  
4. гипертрофии бронхиального эпителия;  
5. усиления перистальтики бронхов.

10. Преждевременному старению способствуют:  
1. перенесенные заболевания;  
2. неблагоприятные факторы внешней среды;  
3. стрессы;  
4. чувство юмора;  
5. полная семья.

11. Показатель, прогрессивно снижающийся с возрастом:  
A) онкотическое давление;  
Б) сахар крови;  
B) функция половых желез;

Г) чувствительность органов к гормонам;  
Д) внутриглазное давление.

12. Гетерокинетичность — это:  
1. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;  
2. одинаковая скорость развития возрастных изменений различ­ных органов и тканей;  
3. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;  
4. различная скорость развития возрастных изменений;  
5. одинаковая выраженность процесса старения различных органов и тканей и разных структур одного органа.

13. Старость — это:  
1. разрушительный процесс, результат нарастающей с возрастом недостаточности физиологических функций органов;  
2. созидательный процесс, результат жизненного опыта;  
3. процесс, стабилизирующий жизнедеятельность, увеличиваю­щий продолжительность жизни;  
4. закономерно наступающий заключительный период возрастно­го развития;  
5. процесс, дестабилизирующий жизнедеятельность, уменьша­ющий продолжительность жизни.

14. Гериатрия — это:  
1. наука о старении организма;  
2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожи лом и старческом возрасте;  
3. наука, изучающая болезни пожилого возраста;  
4. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте;         
5. наука, изучающая старческий возрастной период.

15. Демографическая ситуация в России характеризуется  
A) увеличением продолжительности жизни;  
Б) увеличением удельного веса детей;  
B) увеличением удельного веса лиц пожилого возраста;  
Г) снижением продолжительности жизни;

Д) изменением социальной структуры общества.

16. Возрастные рентгенологические изменения органов грудной клетки - это:  
1. повышение прозрачности легочной ткани;  
2. усиление бронхососудистого рисунка;  
3. уменьшение подвижности диафрагмы;  
4. уменьшение прозрачности легочной ткани;  
5. усиление подвижности диафрагмы.

17. Старческий кифоз развивается в связи с:  
1. деформирующим спондилоартрозом;  
2. сенильным остеопорозом;  
3. атрофией длинных мышц спины;  
4. гипертонусом длинных мышц спины;  
5. гипертрофией длинных мышц спины.

18. Показатель, возрастающий с возрастом:  
A) онкотическое давление;  
Б) функция пищеварительных желез;  
B) функция половых желез;  
Г) чувствительность органов к гормонам;        
Д) внутриглазное давление.

19. В пожилом и старческом возрасте наблюдаются следующие изменения в капилярном русле:  
1. прекапиллярная отечность;  
2. удлинение и извитость артериальных капиллярных петель;  
3. удлинение и извитость венозных капиллярных петель;  
4. понижение эластичности сосудов;  
5. аневризматические расширения.  
6 все ответы правильные

20. Старение — это процесс:  
1. стабилизирующий жизнедеятельность, увеличивающий продол­жительность жизни;  
2. закономерно наступающий заключительный период возрастного развития;  
3. дестабилизирующий жизнедеятельность, уменьшающи продол­жительность жизни;  
4. разрушительный, результат нарастающей с возрастом недоста­точности физиологических функций;  
5. созидательный, результат нарастающей с возрастом гиперфункции органов и систем.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Основные понятия геронтологии и гериатрии. Классификация возраста (ВОЗ). Основы геронтологии и гериатрии в амбулаторно-поликлинической работе врача. Краткая история развития гериатрической службы

2. Старение как естественный системный инволюционный процесс. Структурные и функциональные изменения органов и систем при старении. Факторы, влияющие на продолжительность жизни современного человека.

3. Современные методы определения биологического возраста. Биологические маркеры старения. Проведение комплексной гериатрической оценки. Диагностические критерии оценки функционального класса и профиля старения.

4. Гериатрический осмотр пациентов пожилого и старческого возраста. Скрининг старческой астении. Гериатрические синдромы у пациентов пожилого и старческого возраста.

5. Полиморбидность (сочетание болезней, их осложнений и патологических состояний) - облигатная характеристика клинической гериатрии.

6. Особенности течения наиболее распространённых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Частные вопросы медицинской гериатрии

7. Дифференциация патологических отклонений от нормы и её инволюционных вариант в клинической и лабораторно - инструментальной диагностике. Понятие возрастных норм и целевых показателей в гериатрии.

8. Фармакогериатрия. Основные положения. Понятие “вынужденной полипрагмазии” и способы её коррекции. Критерии эффективности и безопасности лечения. Предупреждение медикаментозных ятрогений.

9. Немедикаментозные методы лечения в гериатрии.

10. Диспансеризация и профилактическое консультирование в гериатрии.

11. Уход за лицами пожилого и старческого возраста.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Ситуационная задача 1.**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная А.Н., 78 лет, поступила с жалобами на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота; периодические боли в области сердца колющего характера, сердцебиение, одышку при ходьбе, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые носовые кровотечения, появились кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Последнее ухудшение состояния связать ни с чем не может. Носовые кровотечения возникают спонтанно. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,2°С. Кожа бледная. На коже бёдер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, имеющих различную окраску – багрово-красную, синюю, зелёную, жёлтую. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. При аускультации тоны сердца тихие, ритм правильный. Систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 70 в минуту. АД 110 и 60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёбёрной дуги. Размеры печени по Курлову 9\*8\*7 см. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Общий анализ крови: Эр.- 2,1\*1012/л; Hb-70г/л; ЦП-1,0; ретикулоциты-2%; Le.- 2,5\*109 /л, лейкоформула: п/я-1%, с/я-52%, л-40%, м-7%; Tr.-50\*106 /л. СОЭ-47 мм/час. .

Вопросы:

1. Дайте характеристику картины крови данной больной.

2. О каких заболеваниях следует думать в первую очередь?

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Какое лечение показано больной?

5. Дайте заключение по ЭКГ больной.

**Ситуационная задача 2.**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина 65 лет обратился по поводу хронического кашля. Также он отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента в последнее время отмечается усиление кашля. Во время беседы Вы отмечаете запах табачного дыма от пациента. При опросе он признает, что курит ежедневно 1 пачку сигарет в течение 35 лет

и пробовал самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно. При обследовании ЧСС 80 в минуту, АД 125/82 мм.рт.ст., частота дыхания 16 в минуту. Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жестким оттенком, по всем легочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без

отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ 0,89, ОФВ1 81% от нормы.

Вопросы:

1. Какие основные рекомендации следует дать пациенту?

2. Опишите роль медицинских работников в стимулировании отказа от курения

3. Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?

4. Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту

5. Возможно ли диагностировать хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) у данного пациента?

**Ситуационная задача 3.**

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Женщина 65 лет, обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, чувство заложенности за грудиной, чувство нехватки воздуха, одышку при физической нагруз на фоне чего отмечает значительное уменьшение указанных жалоб.

В анамнезе сезонный аллергический ринит, хронический бронхит. Курит 10 сигарет в день, более 10 лет.

Объективно: Телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание самостоятельное, ослабленное, выслушиваются сухие, свистящие, высокотональные хрипы, при форсированном выдохе по всем легочным полям. ЧДД 20-22 в мин. Перкуторно - коробочный звук над легкими. Тоны сердца приглушенные, ритм правильный. ЧСС -72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте лечение на догоспитальном этапе (оказание помощи в условиях поликлиники) с обоснованием назначений

**Ситуационная задача 4.**

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациентка К., 83 лет, вызвала участкового врача на дом. Жалобы на общую слабость, снижение веса на 5 кг за последние 5 лет, быструю утомляемость, трудности в перемещении по дому, плохое настроение. Все эти жалобы появились около 6 лет и постепенно усиливаются. 6 месяцев назад упала дома, травм не было. Боится выходить на улицу. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 163 см. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС = 64 уд./мин., АД =130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул склонен к запорам. Дизурии нет.

Вопросы:

1. Какой синдром у данной пациентки?

2. Какие рекомендации необходимо дать?

**Ситуационная задача 5.**

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной П., 70 лет, вахтер, пришел на диспансерный осмотр, жалоб не предъявляет. С 50-летнего возраста страдает гипертонической болезнью, 2 года назад перенес инфаркт миокарда. Регулярно принимает бисопролол 2,5 мг/сут., лозартан 50 мг/сут., кардиомагнил 75мг/сут. Объективно: отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, 2 экстрасистолы в 10 минуту. ЧСС = 72 уд./мин., АД =140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Какое обследование необходимо назначить?

3. Какую обязательную группу препаратов пациент не принимает?

**Ситуационная задача 6.**

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной К., 69 лет, страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет. Нерегулярно принимает гипотиазид и лизиноприл. Поступил с ухудшением самочувствия вследствие психоэмоционального стресса: жалобы на головную боль в затылочной области, тошноту. Курит 20 лет по пачке сигарет в сутки.

Объективно: ИМТ 26,0 кг/м2, окружность талии - 97 см. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс симметричный, 64 уд/мин. АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень – по краю реберной дуги. Шумы на периферических артериях не выслушиваются.

Результаты дополнительного обследования. Биохимический анализ крови: калий – 4,5 ммоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, креатинин – 99 мкмоль/л (СКФ (EPI) = 70 мл/мин), мочевая кислота 544 мкмоль/л, общий ХС – 4,9 ммоль/л, ХС ЛПНП – 2,8 ммоль/л, ТГ – 1,41 ммоль/л. Альбумин в суточной моче - 200 мг/сут.

На ЭКГ – признаки гипертрофии ЛЖ. Обзорная рентгенография органов грудной клетки – смещение границ сердца влево. ЭхоКГ: гипертрофия ЛЖ. УЗИ почек без патологии. Дуплексное сканирование сонных артерий: толщина интима-медиа 1,2 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Какое обследование необходимо назначить?

3. Какую обязательную группу препаратов пациент не принимает?

**Ситуационная задача 7.**

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Мужчина, 72 лет, пришел на осмотр, ранее наблюдался у другого врача. Страдает артериальной гипертензией, по поводу которой получает индапамид 2,5 мг ежедневно. Также он время от времени принимает аспирин в низкой дозе, так как видел рекламу и решил, что ему он будет полезен. Анамнез жизни без особенностей, наличие иных хронических заболеваний отрицает. Пациент не курит, эпизодически употребляет алкогольные напитки и не занимается физическими упражнениями. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 72 лет от злокачественного новообразования, есть две младшие сестры, обе не страдают хроническими заболеваниями.

При физикальном исследовании рост 170 см, масса тела 92 кг, окружность талии 106 см. ЧСС – 75 ударов в минуту, АД – 130/80 мм.рт.ст. По органам и системам без отклонений от нормы.

В лабораторных анализах липидного спектра: общий холестерин 6,23 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 1,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 4,03 ммоль/л, триглицериды 1,56 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этому пациенту?

**Ситуационная задача 8.**

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Мужчина, 68 лет, 18.04.2016 вызвал участкового врача на дом. Жалобы на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе (после стресса в семье).

Анамнез: С 50-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст. Принимал Эналаприл 10 мг/сут нерегулярно. 3 месяца назад перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST, выполнена коронароангиография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%, в связи, с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. Регулярно принимал Кардиомагнил 75 мг/сут, Клопидогрел 75 мг/сут, Аторвастотин 40 мг/сут, Карведилол 12,5 мг/сут, Периндоприл 10 мг/сут.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. Отеков нет. В горизонтальном положении усиление одышки. ЧДД 22 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2.Тактика участкового врача.

3.Составте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в стационаре

4.Купирование гипертонического криза.

5. Ведение пациентов после выписки из стационара 39

**Ситуационная задача 9.**

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной Ф., 78 лет, вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебоев в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Отеки стоп и голеней. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 22 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см внутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 112 уд/мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Результаты обследования: общий анализ крови и мочи без патологии.

ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS мелкие волны «f» , частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?

2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.

4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?

**Ситуационная задача 10.**

Инструкция: Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Мужчина, 72 лет, находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 16.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет.

01.09.2016г. проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

Биохимический анализ крови: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП – 0,97 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5ммоль/л.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердия. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 5.10.2016 г.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.

6.10.2016 г. явился на прием в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при ходьбе появляется одышка.

Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пастозность стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Оцените данные объективного обследования и результат биохимичского анализа, проведите коррекцию медикаментозной терапии.

3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.

**Тема 18. Итоговое занятие: решение тестовых заданий, ситуационных задач.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование*

*Собеседование (решение ситуационных задач)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Билеты, содержащие 12 тестовых и 3 case-задания.*

**Билет №1**

1. ВРАЧИ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ РАБОТЫ

1) диагностику и лечение заболеваний, санитарно-просветительную работу, ведение оперативно-учетной документации

2) диагностику и лечение заболеваний, профилактическую работу, санитарно-просветительную работу, противоэпидемическую работу, ведение оперативно-учетной документации

3) санитарно-просветительную работу, противоэпидемическую работу, ведение оперативно-учетной документации

4) диагностику и лечение заболеваний, профилактическую работу

2. ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РОЖДЕНИЯ ЖИВОГО РЕБЕНКА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК

1) 86 дней

2) 140 дней

3) 156 дней

4) 180 дней

3. Степень утраты профессиональной трудоспособностИ устанавливается в

1) процентах

2) долях от целого

3) десятичных долях

4) субъективных характеристиках

4. Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования

1) инвалидам I группы

2) детям-инвалидам

3) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами

4) инвалидам по профессиональному заболеванию

5. Научной основой профилактики хронических неинфекционных заболеваний является концепция

1) факторов риска

2) здорового образа жизни

3) борьбы с вредными привычками

4) индивидуальной профилактики

6. УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1) контрольная карта диспансерного наблюдения

2) карта ежегодной диспансеризации

3) статистический талон

4) амбулаторная карта

7. ПО ДАННЫМ ВОЗ, ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СЧИТАЮТСЯ ЛИЦА СТАРШЕ

1) 80 лет

2) 50 лет

3) 40 лет

4) 60 лет

8. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

1) ангина

2) сочетание ринофарингита и конъюнктивита с лимфоаденопатией

3) стоматит

4) отит

9. ПРИ ЛИХОРАДКЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕСЯЦА И ЛИМФОАДЕНОПАТИИ МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ

1) лимфогранулематоз

2) болезнь Крона

3) болезнь Виллебранда

4) гемофилию

10. У больной 46-ти лет ночью развиваются приступы загрудинных болей, во время которых на электрокардиограмме регистрируется преходящий подъём сегмента ST наиболее вероятным диагнозом является

1) острый коронарный синдром с подъемом ST

2) вариантная стенокардия

3) острый перикардит

4) тромбоэмболия легочной артерии

11. Пороговый уровень офисного артериального давления для диагностики артериальной гипертензии составляет\_\_\_\_­­мм рт.ст.

1) 130/80

2) 135/85

3) 145/90

4) 140/90

12. При выборе ингибитора АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение

1) лизиноприлу

2) периндоприлу

3) фозиноприлу

4) каптоприлу

13. В12–ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. гиперхромией, макроцитозом, цитопенией
2. нормохромией, нормоцитозом
3. наличием бластных клеток
4. гипохромией, микроцитозом

14. ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ГЕПАТОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ВОЗНИКАЮТ

1. через 10-15 минут
2. через 1-2 часа
3. через сутки
4. через 1-2 недели

Задача № 1

Пациент Р., 42, лет направлен на МСЭК 29 сентября. Больничный лист продлён с 24 по 28 сентября и закрыт. Дата закрытия больничного листа - 28 сентября.

Правильно ли оформлен больничный лист?

Задача № 2

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика – 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ - 24 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. ЭКГ –

норма.

Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

Нуждается ли пациент в направлении на второй этап ДИспансеризации?

Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.

Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

Предложите пациенту способы отказа от курения.

Задача №3

70-летний пациент страдает гипертонической болезнью, которая проявляется, главным образом, головными болями. Беспокоит также одышка при умеренной нагрузке (подъём на второй этаж). Отчётливой стенокардии не было. Лечится беспорядочно, в последние месяцы лекарства не принимал. Одышки в покое нет. Аускультативно в лёгких жёсткое дыхание без хрипов. Пульс - 58 в 1 мин. АД - 195/95 мм рт.ст.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА.

**Билет №2**

1. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ − ЭТО

1) комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний

2) набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций

3) комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг

4) сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания

2. ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ

1) врачи амбулаторно-поликлинических учреждений, врачи стационарных учреждений, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию

2) врачи санэпиднадзора, врачи бальнеогрязелечебниц, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию

3) врачи бальнеогрязелечебниц, врачи стационарных учреждений, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию

4) врачи санэпиднадзора, врачи амбулаторно-поликлинических учреждений

3. БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО

1) продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима

2) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима и выставлением в графе «Освобождение от работы» дней неявки совместно с председателем ВК

3) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления

4) оформить новый больничный лист

4. ДАЙТЕ ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА С ВЫРАЖЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ II- III СТЕПЕНИ

1) признать инвалидом 2-й группы

2) трудоустроить через ВК

3) признать инвалидом 1-й группы

4) признать трудоспособным

5. Краткое профилактическое консультирование занимает \_\_ минут

1) 60

2) 30

3) 10

4) 5

6. Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения проводится

1) всем мужчинам в возрасте 45-66 лет

2) всем женщинам в возрасте 45-66 лет

3) всем подлежащим диспансеризации

4) в соответствии с показаниями, определенными на 1 этапе

7. Препаратами выбора при терапии изолированной систолической артериальной гипертензии пожилых являются

1) ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы

2) диуретики и антагонисты кальция

3) антагонисты рецепторов ангиотензина 2 и препараты центрального действия

4) бета-адреноблокаторы и препараты центрального действия

8. При ОРВИ с высокой температурой показано применение

1) парацетамола

2) ампициллина

3) бисептола

4) аспирина

9. В обязательный минимум лабораторных исследований длительно лихорадящих больных входят

1) определение в мазке малярийных плазмодиев

2) бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз

3) определение в мазке малярийных плазмодиев, бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз, общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

4) общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

10. Изменением на электрокардиограмме, характерным для нестабильной стенокардии, является

1) депрессия сегмента ST

2) патологический зубец Q

3) полная блокада ножек пучка Гиса

4) удлинение интервала РQ

11. Каков целевой уровень артериального давления у большинства пациентов с артериальной гипертензией

1) менее 120/70 мм рт. ст.

2) менее 130/80 мм рт. ст.

3) менее 150/90 мм рт. ст.

4) менее 140/90 мм рт. ст.

12. Больному гипертонической болезнью с АД 170/110 мм рт. ст., у которого отмечается неконтролируемое течение бронхиальной астмы, нельзя назначить

1) метопролол

2) амлодипин

3) моксонидин

4) лозартан

13. ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ВКЛЮЧАЕТ

1) значительное снижение потребления углеводов

2) постоянный контроль гликемии

3) значительное увеличение физической активности

4) прием витаминов и антиоксидантов

14. ДОПУСК К РАБОТЕ с вредными, опасными веществами и производственными факторами ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ НАЛИЧИИ

1) злокачественного новообразования любой локализации

2) варикозной болезни нижних конечностей с явлениями хронической венозной недостаточности 1-2 степени

3) стенокардии ФК II

4) болезни бронхолегочной системы с явлениями дыхательной недостаточности 1 степени

Задача № 1

Пациент С., 38 лет, инженер-конструктор. Обратился в поликлинику 10 сентября в 18 час, после работы. Врач диагностировал фолликулярную ангину.

Оформить больничный лист.

Задача № 2

Пациентка 72 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт.ст.

Из анамнеза известно о повышении АД до макс. 180/80 мм рт.ст. в течение 20 лет, когда впервые был установлен диагноз ГБ. Назначенную врачом-терапевтом терапию проводила нерегулярно. Ситуационно при повышении АД свыше 180 мм.рт.ст. принимает каптоприл. Менопауза более 20 лет. Гиподинамия после прекращения работы 6 лет назад. Вредных привычек нет. Из семейного анамнеза установлено, что наследственность по ССЗ не отягощена.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ 17,7 кг/м²; ОТ 98 см. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. АД – 162/62 мм рт.ст. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (препараты из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранные в прошлом вопросе) + розувастатин 10 мг/сутки + соблюдение диеты – АД находится в пределах 140-150/65 мм рт.ст., ОХС 5,6; ХС ЛПВП 1,14; ТГ 1,9ммоль/л, ЛПНП 3,6 ммоль/л, СКФ 63 мл/мин, сахар натощак 5,2 ммоль/л. АЛТ 50 Ед/л, АСТ 38 Ед/л, КФК 121 Ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Определите план диспансерного наблюдения.

Задача №3

Больной Т., 57 лет, образование высшее юридическое, работает нотариусом. Ишемическая болезнь сердца выявлена 5 лет назад. Два года назад перенес острый не Q- инфаркт миокарда. С диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ПИКС (2017 г.). СН IIА стадия. II ФК. – была установлена III группа инвалидности. Четыре месяца назад пациент переносит повторный Q-инфаркт миокарда, с развитием аневризмы левого желудочка. В настоящее время ангинозные боли возникают при ходьбе по ровной поверхности на расстояние 200-250 метров, сопровождающиеся выраженной одышкой, при объективном осмотре: ЧСС – 115 уд/мин., дефицит пульса 35 ударов. Влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Печень пальпируется на 2 см. ниже реберной дуги. Голени пастозны.

СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ. ПРОВЕДИТЕ ЭКСПЕРТИЗУ ТРУДОСПОСОБНОСТИ. ДАЙТЕ ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

**Билет №3**

1. Норма нагрузки врача-терапевта поликлиники составляет \_\_\_\_\_ посещений в час

1) 4

2) 5

3) 6

4) 7

2. Поликлиника может продолжать листок нетрудоспособности

1) до 1 месяца

2) до 4 месяцев

3) не более 10 месяцев

4) без ограничения срока

3. Дает рекомендации о временном переводе работника по состоянию здоровья на другую работу

1) лечащий врач

2) председатель бюро МСЭ

3) заместитель главного врач по ЭВН

4) врачебная комиссия лечебного учреждения

4. Бессрочно 1 группа инвалидности устанавливается у больного с

1) ХСН с отеком легких

2) ХСН ФК IV, нуждающегося в постоянном уходе

3) ХСН ФК IV, не нуждающегося в постоянном уходе

4) ХСН ФК I и II

5. Краткое профилактическое консультирование на заключительном этапе диспансеризации проводит

1) врач отделения медицинской профилактики

2) врач-терапевт участковый

3) врач дневного стационара

4) врач-кардиолог поликлиники

6. Согласно новым законодательным документам диспансеризация проводится в \_\_\_\_ этапа

1) три

2) один

3) два

4) четыре

7. Изменение метаболизма лекарств у пожилых связано с

1) нарушением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте

2) повышением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте

3) снижением кровотока в зоне микроциркуляции

4) снижением функции печени и почек

8. Бронхи, бронхиолы и легкие поражаются при

1) парагриппе

2) респираторно-синцитиальной инфекции

3) аденовирусной инфекции

4) риновирусной инфекции

9. Безболевая макрогематурия, лихорадка в течение 4 месяцев, уровень гемоглобина 170 г/л либо анемия, СОЭ 60 мм/ч у больного старше 45 лет свидетельствуют о наличии

1) хронического гломерулонефрита гематурического типа

2) волчаночного гломерулонефрита

3) рака почки

4) уратного нефролитиаза

10. Наиболее информативным методом для диагностики ишемической болезни сердца в сомнительных случаях выступает

1) электрокардиография

2) эхокардиография

3) нагрузочный тест

4) рентгенография сердца

11. К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертонии относят

1) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

2) ХБП с рСКФ < 30мл/мин/1.73кв.м или протеинурию > 300мг в сутки

3) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)

24) скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

12. При наличии брадикардии у больных артериальной гипертензией наиболее безопасным является

1) амлодипин

2) верапамил

3) пропранолол

4) атенолол

13. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА «АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ» НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРОВЕСТИ

1) определение содержания витамина В-12 в сыворотке крови

2) прямую реакцию Кумбса

3) определение свободного гемоглобина плазмы

4) стернальную пункцию и трепанобиопсию

14. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) эластометрия

2) УЗИ

3) рентгенография

4) ирригоскопия

Задача №1

Больной Г., 53 лет после нахождения на больничном листке в течение четырех месяцев направлен в бюро МСЭ с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения IIIФК. ПИКС (2018 год). СНIIА стадии. Дата направления в бюро в листке нетрудоспособности – 2 апреля. Пациент явился в бюро 3 апреля, зарегистрировал документы. Экспертиза произведена 4 апреля и установлена III группа инвалидности с ограничением способности трудиться I степени. Больной не согласен с решением МСЭ.

ОФОРМИТЕ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ.

Задача №2

Бригада скорой помощи вызвана в цех к мужчине 45 лет, токарю по профессии. Полчаса назад во время работы он ощутил сильную боль за грудиной, разрывающего характера, иррадиирующую в лопатку, побледнел, сел на пол. Врач скорой помощи констатирует: больной лежит на полу у станка, в сознании, но заторможен. В настоящее время болей за грудиной не отмечает. Бледен, с землистым оттенком, лоб покрыт крупными каплями пота. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 110 уд в мин., АД – 70/50 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, шумы не выслушиваются. Число дыханий - 20 в мин. В легких хрипов нет. Живот мягкий, во всех отделах безболезненный. Печень не пальпируется. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Предварительный диагноз. исследование, КОТОРОЕ необходимо произвести в первую очередь. Какие лабораторные исследования позволяют уточнить диагноз, в какие сроки их необходимо проводить. неотложные медикаментозные мероприятия.

Задача №3

Пациент Б., 49 лет, токарь. Вытачивает на станке мелкие детали весом 200 - 250 г. Работа с постоянным умеренным физическим напряжением и постоянным напряжением зрения. До работы 30 мин. езды в троллейбусе.

Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, нарушение речи. С 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь, ранее АД не измерял. Регулярно не лечился. В 48 лет перенес повторное острое нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом, после чего установлена инвалидность II группы.

Объективно: В легких везикулярное дыхание. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 180/110 мм рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется. Общий анализ крови и мочи в норме.

ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца отклонена влево. RI>SIII, SIII>RIII, RV5-6>25 мм.

Консультация невропатолога: Последствия ОНМК. Правосторонний гемипарез. Дизартрия.

Направлен на МСЭК для переосвидетельствования. Желает продолжать работу по специальности.

диагноз. трудоспособность. ПЛАН диспансерного наблюдения.

**Билет №4**

1. Учетная форма N 025/у «медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»

1) ведется на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения

2) заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку)

3) заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение

4) заполняется только при первом и завершающем посещении пациента

2. При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности

1) сроком не более 5 дней

2) сроком не более 10 дней

3) сроком не более 15 дней

4) на весь срок лечения

3. Разрешение на продление листка нетрудоспособности более 15 дней определяется

1) врачебной комиссией

2) лечащим врачом

3) главным врачом

4) заместителем главного врача по клинико-экспертной работе

4. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ

1) отделениями реабилитации

2) отделениями медицинской профилактики

3) санаторно-курортными учреждениями

4) бюро медико-социальной экспертизы

5. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

1) SCORE

2) Фраменгемский

3) AHA/ACC

4) NYHA

6. ЛИЦА, С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВХОДЯТ В \_\_\_\_\_ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

1) 1

2) 2

3) 3

4) 4

7. ОСОБЕННОСТЬЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) уменьшение всасывания лекарственнных средств (ЛС) в пищеварительном тракте

2) уменьшение объема распределения водорастворимых ЛС

3) увеличение объема распределения водорастворимых ЛС

4) уменьшение объема выделяемой мочи почками

8. КЛИНИКА ЛАРИНГИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) аденовирусной инфекции

2) гриппа

3) парагриппа

4) риновирусной инфекции

9. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ОТНОСЯТ

1) лихорадку больше месяца

2) катаральные явления

3) увеличение одного лимфатического узла

4) неспецифический язвенный колит

10. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ВКЛЮЧАЕТ

1) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение

2) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин, госпитализацию

3) выдачу направления на плановую госпитализацию

4) амбулаторное обследование

11. К БЕССИМПТОМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНА-МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ

1) стенокардия

2) сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса

3) энцефалопатия

4) микроальбуминурия

12. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

1) β-адреноблокаторы

2) диуретики

3) α-адреноблокаторы

4) препараты центрального действия

13. ДИАГНОЗ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА (%)

1) ≥6,8

2) ≥6,0

3) ≥6,5

4) ≥7,0

14. Рентгенологические признаки, характерные для пневмокониоза

1) мелкоузелковые тени

2) инфильтративные затемнения

3) фокусные тени с размытыми контурами

4) повышенная прозрачность легочных полей

Задача №1

Слесарь Л. во время очередного трудового отпуска с 1.10 по 30.10 лечился амбулаторно у участкового врача-терапевта с 14 по 28 октября по поводу обострения хронического гастрита.

Оформите его нетрудоспособность.

Задача №2

Пациент М. 26 лет, работает менеджер-консультантом в торговом зале, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,4°С, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.

Заболел остро с повышения температуры до 38,5°С, головной боли, боли в мышцах и суставах. Высокая лихорадка (38,5°С- 39,0°С) сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома самостоятельно от «простуды». К врачу не обращался. В последующие дни появились перечисленные выше жалобы. Окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

За полтора месяца до настоящего заболевания выезжал на отдых в Краснодарский край (проживал в частном секторе), пользовался услугами общепита.

Объективно:Температура тела 36,5°С. Кожа и склеры желтушны, сыпи нет. Язык сухой, обложен белым налетом.Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.Моча темная, стул ахоличен.АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 60 уд. в мин.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 110,4 мкмоль/л (N 3,0-17,1 мкмоль/л), прямой билирубин 86,4 мкмоль/л (N до 3,4 мкмоль/л), АлАТ 1680 Ед/л, АсАТ 1295 Ед/л (N до 40 Ед/л), щелочная фосфатаза 225 Ед/л (N до 150 Ед/л), гамма-глутамилтрансфераза 112 Ед/л (N 9-50 Ед/л). ПТИ - 78%.

HBs-Ag, AntiHBcor IgM – отр., Anti-HAV Ig M – полож., Anti-HCV – отр.

Заключение УЗИ органов брюшной полости. Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ. ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ.

Задача № 3

Больной В., 55 лет, образование высшее техническое, работает инженером – сметчиком. В течении 10 лет страдает артериальной гипертензией. Максимальный подъем артериального давления до 190/115 мм. рт. ст. Гипотензивную терапию регулярно не принимал. Три месяца назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, которое привело к глубокому правостороннему гемипарезу, моторной афазии.

СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ. НАРУШЕНИЯ КАКИХ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ИМЕЕТ МЕСТО? ПРОВЕДИТЕ ЭКСПЕРТИЗУ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

**Билет №5**

1. Участковый принцип организации оказания пмсп заключается в формировании групп обслуживаемого контингента

1) по работе на предприятиях, находящихся на данной территории

2) по признаку проживания (пребывания) на определенной территории

3) по признаку регистрации

4) по желанию пациента

2. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ – ЭТО

1) состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций организма сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение ограниченного промежутка времени:

2) болезнь, при которой выполнение любого труда невозможно

3) нарушение функции одной из систем организма

4) утрата конечности

3. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

1) врачебная комиссия медицинской организации

2) главный врач

3) лечащий врач

4) лечащий врач и заведующий отделением

4. ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дата открытия больного листа

2) следующий день после регистрации документов в бюро

3) дата непосредственного освидетельствования

4) дата регистрации документов в бюро

5. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения

1) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний

2) проведение прививок

3) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний

4) выявление заболеваний

6. БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

1) 1 раз в год

2) 1 раз в 3 месяца

3) 1 раз в 6 месяцев

4) ежемесячно

7. СТАРЧЕСКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ\_\_\_\_\_\_ЛЕТ

1) от 75 до 89

2) от 70 до 80

3) от 60 до 74

4) от 80 до 94

8. За лицами, переболевшими ангиной, устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца и через \_\_\_\_\_\_ проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови

1) 1-2 дня и через 1 неделю после окончания временной нетрудоспособности

2) 7-10 дней и через 3 недели после окончания временной нетрудоспособности

3) 4-5 дней и через 2 недели после окончания временной нетрудоспособности

4) 7-10 дней и через 5 недель после окончания временной нетрудоспособности

9. Больной с впервые выявленными изменениями на флюорограмме должен быть привлечен к дообследованию в течение

1) 3 недель

2) 4 недель

3) 2 недель

4) 6 недель

10. БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ

1) направить на консультацию к кардиологу

2) направить на ЭКГ

3) направить на анализ крови

4) госпитализировать с приема в БИТ

11. При феохромоцитоме артериальное давление повышается алко гиперпродукции

1) кортикостероидов

2) катехоламинов

3) ренина

4) альдостерона

12. Рациональной является комбинация антигипертензивных препаратов

1) дигидропиридиновые антагонисты кальция + альфа-адреноблокаторы

2) ингибиторы АПФ + сартаны

3) ингибиторы АПФ + дигидропиридиновые антагонисты кальция

4) недигидропиридиновые антагонисты кальция + бета-адреноблокаторы

13. ПРИ ГИПОХРОМНОМ МИКРОЦИТАРНОМ ТИПЕ АНЕМИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ

1) апластической

2) анемией хронических заболеваний

3) гемолитической

4) железодефицитной

14. УСТАНАВЛИВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ

1) врач-профпатолог

2) фельдшер скорой помощи

3) заведующий отделением ЦРБ

4) врач здравпункта предприятия

Задача №1

Пациент Л. Оформил отпуск без сохранения зарплаты. Отпуск с 10.11 по 16.11, а 12.11 – заболел ОРЗ.

Выдается ли документ, удостоверяющий нетрудоспособность и какой?

Задача №2

Пациент А., 30 лет, заболел остро: 30 мая вечером повысилась температура до 39°С с ознобом, сильной головной болью, болью в мышцах поясничной области и икроножных мышцах. К утру следующего дня усилилась головная боль, температура оставалась на высоких цифрах, появилась отечность лица, уменьшилось количество мочи, цвет ее стал красным. Обратился к врачу. Из анамнеза: неделю назад ездил на рыбалку. День был жарким, купался в реке. При осмотре врач отметил гиперемию и одутловатость лица, инъекцию склер. Температура - 38,5°С. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца на верхушке приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный, пульс - 68 уд. в 1 мин. АД - 200/110 мм рт. ст.

Анализ крови: лейкоциты - 12,4x109 г/л, СОЭ - 35 мм/час. Удельная плотность мочи -1028, цвет красный. Протеинурия - 1,06 ‰, лейкоциты - 3-6 в п/з. Эритроциты свежие покрывают все поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые. Диурез около 100 мл.

ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. принципы лечения.

Задача №3

Пациент Б., 56 лет. Мастер по обслуживанию центральных тепловых пунктов. Работа с умеренным физическим напряжением.

Жалобы на приступообразные давящие боли за грудиной при выходе на улицу, снимающиеся нитроглицерином; на одышку при подъеме в гору.

Анамнез: с 40 лет выявлена артериальная гипертензия. Регулярно не лечился. 2 года назад перенес инфаркт миокарда, после чего установлена инвалидность II группы.

Данные обследования: В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный. АД 200/100 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень выступает на 1 см. из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови и мочи - в норме.

ЭКГ: Синусовый ритм. Электрическая ось сердца отклонена влево. QS в V1-5, ST на изолинии, Т (-) в V1-5 неглубокий.

Холестерин крови 4,6 ммоль/л. Сахар крови 4,8 ммоль/л.

Лечение коронароактивными препаратами без эффекта. От консультации кардиохирурга отказывается.

Направлен на переосвидетельствование на МСЭК.

диагноз. трудоспособность больного. план диспансерного наблюдения.

**Билет №6**

1. При обращении к врачу-терапевту участковому в пункте 19 учетной формы N 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» необходимо выбрать пункт

1) первичная доврачебная медико-санитарная помощь

2) первичная врачебная медико-санитарная помощь

3) первичная специализированная медико-санитарная помощь

4) паллиативная медицинская помощь

2. ИЗ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ВРАЧЕЙ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ ТОЛЬКО ВРАЧ

1) травматологического пункта

2) скорой помощи

3) санитарный врач

4) станции переливания крови

3. Установление группы инвалидности осуществляет

1) лечащий врач

2) врачебная комиссия медицинской организации

3) заведующий отделением

4) медико-социальная экспертная комиссия

4. Инвалидность II группы устанавливается на

1) 2 года

2) 3 года

3) 1 год

4) бессрочно

5. К методам санитарно-гигиенического просвещения среди населения относится

1) изготовление санитарных бюллетеней по профилактике инфекционных болезней

2) беседы только с больными

3) беседы только с пожилыми лицами

4) беседы только по телевидению

6. При заполнении учетной формы N 030/у «контрольная карта диспансерного наблюдения» номер карты должен соответствовать номеру

1) страхового медицинского полиса пациента

2) СНИЛС пациента

3) «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у)

4) «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)

7. Пожилым является возраст\_\_\_\_\_\_лет

1) от 60 до 74

2) от 70 до 80

3) от 75 до 89

4) от 80 до 94

8. Неспецифическая профилактика гриппа включает использование

1) антибактериальных препаратов в профилактических целях

2) иммунобиологических препаратов

3) противовирусных препаратов

4) иммунобиологических и противовирусных препаратов

9. Скринингом для диагностики рака ободочной кишки является

1) фиброколоноскопия

2) ирригоскопия

3) кал на скрытую кровь

4) ультразвуковое исследование толстой кишки

10. О коронарной недостаточности при проведении велоэргометрической пробы свидетельствует

1) реверсия негативного зубца Т

2) удлинение интервала PQ

3) депрессия сегмента ST более 2 мм

4) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса

11. Чаще всего вазоренальная АГ у мужчин развивается на фоне

1) фибромускулярной дисплазии

2) атеросклероза

3) опухоли почки

4) травмы почки

12. Санаторно-курортное лечение на климатических курортах противопоказано больным с диагнозом

1) ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. СН I (NYHAII). Инфаркт перенесен более 1 года назад

2) ИБС. Стенокардия II ФК

3) Гипертоническая болезнь II cт., кризовое течение

4) Гипертоническая болезнь II ст., бескризовое течение

13. ТЯЖЕСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОБУСЛОВЛЕНА

1) выраженностью симптомов сахарного диабета

2) уровнем гликемии

3) выраженностью осложнений

4) дозой инсулина

14. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) anti-HBcore IgM

2) anti-HBs

3) anti-HBcore IgG

4) anti-HBe

Задача №1

Пациент С., 45 лет, находившийся на больничном листе в связи с обострением гипертонической болезни, должен был явиться к врачу 20 сентября. Вышел на работу без разрешения врача. 25 сентября больной был на приеме в поликлинике, и участковый терапевт признал его трудоспособным.

Оформить больничный лист.

Задача №2

Пациентка 18 лет, страдает сахарным диабетом около 4 лет. Начало заболевания связывает с психической травмой. Получает 36 ед. инсулина. В связи с улучшением доза инсулина была самостоятельно уменьшена до 20 ед. на фоне чего состояние ухудшилось, усилилась жажда, исчез аппетит, появились боли в животе, тошнота, рвота. При Осмотре: запах ацетона в выдыхаемом воздухе, язык сухой, красный. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области.

ДИАГНОЗ. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ. ОЦЕНИТЬ НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. ПРИЧИНЫ НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ.

Задача №3

Женщина, 42 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на общую слабость, быcтрую утомляемость, потерю аппетита, похудание за время болезни на 7 кг. Данные явления развились 4 месяца назад, после смерти мужа, длительное время страдавшего системной красной волчанкой. Курит на протяжении 20 лет до полпачки в день.

При осмотре: кожа дряблая, суховатая, с сероватым оттенком, пульс - 72 удара в 1 мин., ритмичен. АД - 120/70 мм рт. ст. Спинка языка покрыта коричневым налетом, живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Дыхание жесткое, хрипов нет.

Месяц назад в платной поликлинике произведено рентгенологическое исследование желудка, выявившее полипы 0,5 x 0,5 см. в антральном отделе желудка.

ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ. ЛЕЧЕНИЕ. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ.

**Билет №7**

1. Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению

1) заведующих отделениями поликлиники

2) врачей дневного стационара поликлиники

3) врачебной комиссии поликлиники

4) врачей участковых терапевтов и специалистов

2. Максимальное количество дней нетрудоспособности при оформлении листка нетрудоспособности частнопрактикующим врачом составляет

1) 20

2) 25

3) 15

4) 30

3. В случаях лечения туберкулеза при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе граждане направляются на медико-социальную экспертизу не позднее \_\_\_\_\_ месяцев

1) 12-ти

2) 4-х

3) 10-ти

4) 3-х

4. На федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагается

1) привлечение населения участка к прохождению диспансеризации

2) краткое профилактическое консультирование

3) участие в оформлении паспорта здоровья

4) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов

5. Активное обследование работающих лиц определенных профессий, подвергающихся воздействию вредных, неблагоприятных условий труда, относится к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ диспансерным осмотрам

1) предварительным

2) периодическим

3) профилактическим

4) целевым

6. Диспансеризация проводится

1) без согласия гражданина в обязательном порядке

2) при наличии информированного добровольного согласия гражданина

3) по приказу работодателя

4) по желанию пациента

7. Частым осложнением острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста является

1) хронический бронхит

2) туберкулез

3) рак легкого

4) очаговая пневмония

8. Больного, перенесшего грипп, следует выписать к труду

1) после исчезновения катаральных явлений

2) на фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры

3) через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа

4) через 5-6 дней от начала болезни

9. Характерными признаками лимфогранулематоза являются

1) постоянные лихорадка и потливость

2) некупируемые тошнота и рвота

3) выраженные миалгии, оссалгии

4) чередование поносов и запоров

10. Наиболее информативным методом для диагностики ишемической болезни сердца в сомнительных случаях выступает

1) электрокардиография

2) эхокардиография

3) нагрузочный тест

4) рентгенография сердца

11. Уровнем артериального давления, характерным для артериальной гипертензии I степени, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

1) 150/95

2) 160/100

3) 150/100

4) 160/95

12. Монотерапия антигипертензивными препаратами у больных с гипертонической болезнью может быть назначена

1) всем пациентам с АГ I степени независимо от степени риска сердечно-сосудистых осложнений

2) пациенту с АГ I степени с низким или средним риском сердечно-сосудистых осложнений

3) пациенту с АГ I степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

4) пациенту с АГ II степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

13. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ТРАКТУЮТСЯ КАК АНЕМИЯ?

1) снижение уровня гемоглобина и цветового показателя

2) снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов

3) снижение уровня гемоглобина и эритроцитов

4) снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов

14. Формами экспертных решений при профессиональных заболеваниях являются

1) процент утраты профессиональной трудоспособности

2) группа инвалидности

3) и то, и другое

4) ни одно из перечисленных

Задача №1

Пациент К., 53 лет. Уволился с работы по собственному желанию 12 октября. На следующий день развился тяжелый приступ стенокардии. Врач скорой помощи сделал инъекции анальгетиков и рекомендовал соблюдать постельный режим до снятия ЭКГ.

оформить нетрудоспособность больного.

Задача №2

Пациентка Д., 51 года. Основная профессия - экономист. Работает директором магазина хозторга. Работа со значительным нервным напряжением.

Жалобы на головную боль, колющие боли в области сердца, общую слабость, повышенную возбудимость.

Анамнез: с 37 лет выявлена артериальная гипертензия, лечилась амбулаторно. 4 месяца находится на больничном листе в связи с повторными гипертоническими кризами. За этот срок 2 раза лежала в больнице, однако после выписки остается повышенное АД.

Объективно: рост 153см, вес 94 кг. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный. АД 180/115 мм. рт. ст. Акцент II тона над аортой. Живот мягкий, печень не пальпируется.

Общий анализ крови и мочи в норме.

УЗИ почек: Эхоструктура и размеры почек не изменены, без деформации чашечно-лоханочной системы.

Экскреторная урография: нефрографический эффект синхронный. Чашечно-лоханочная система не изменена. При аортографии сужения почечных артерий нет.

Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

ЭКГ: синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. RI>SIII, SIII>RIII, RV5-6 >25 мм.

Направлена на МСЭК в связи с длительным сроком временной нетрудоспособности. Желает продолжать работать.

диагноз. трудоспособность. план диспансерного наблюдения.

Задача №3

Пациентка З., 39 лет, образование средне специальное, работает мастером в цехе по изготовлению строительных смесей. Находится на диспансерном наблюдении у участкового терапевта с диагнозом: Бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести. Эмфизема. Пневмосклероз. ДН II стадии.

ОПРЕДЕЛИТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ.

**Билет №8**

1. Организация разных видов медицинской помощи регламентируется

1) лицензией

2) программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной

медицинской помощи

3) программой обязательного медицинского страхования

4) порядками оказания медицинской помощи

2. Листок нетрудоспособности может быть закрыт

1) по просьбе больного

2) по требованию администрации с места работы больного

3) при наступлении клинической ремиссии

4) по просьбе родственников

3. Листок нетрудоспособности по уходу за больным взрослым членом семьи врачебная комиссия может продлить на срок до \_\_\_ дней

1) 7

2) 15

3) 30

4) 45

4. Инвалидность I группы устанавливается на

1) 2 года

2) 1 год

3) 3 года

4) бессрочно

5. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения

1) хронических заболеваний

2) острых заболеваний

3) несчастных случаев

4) различных травм

6. Частота осмотра больных стенокардией при диспансерном наблюдении составляет

1) 1 раз в год

3) 3 раза в год

3) 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести заболевания

4) 1 раза в полгода

7. Хоспис – это

1) медицинское учреждение, оказывающее медицинскую помошь, улучшающую качество жизни

2) поликлиника, совмещенная со стационаром

3) медицинское учреждение для оказания помощи онкологическим больным

4) медицинское учреждение для пожилых пациентов

8. Частота профилактической вакцинации от гриппа больных хронической обструктивной болезнью лёгких легкой и средней степени тяжести составляет 1 раз в

1) полгода

2) год

3) 2 года

4) 3 года

9. Эффективность антибактериального лечения при острой пневмонии следует клинически оценивать через

1) 12 часов

2) 1 сутки

3) 2-3 дня

4) 5 дней

10. Целевым значением липопротеинов низкой плотности для пациентов с ишемической болезнью сердца являются

1) менее 2.5 ммоль/л

2) менее 3.5 ммоль/л

3) менее 1.2 ммоль/л

4) менее 1.8 ммоль/л

11. Артериальная гипертония I степени в мм рт. ст., по классификации рекомендованной экспертами воз/мог

1) систолическое АД ниже 140, диастолическое - ниже 90

2) систолическое АД 140-150, диастолическое - 94-100

3) систолическое АД 140-159, диастолическое - 90-99

4) систолическое АД 160-180, диастолическое - 94-100

12. При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны

1) альфа-адреноблокаторы

2) бета-адреноблокаторы

3) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

4) диуретики

13. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) интерферон альфа

2) преднизолон

3) рибавирин

4) урсодезоксихолевая кислота

14. Наиболее характерные жалобы для силикоза

1) боли в грудной клетке

2) кашель

3) одышка

4) все перечисленные

Задача №1

Пациент С. направлен с профосмотра на обследование (глазное дно, ЭКГ ...)

Как освободить от работы?

Задача №2

Пациент И., 50 лет. Приблизительно 3-4 недели назад начал отмечать периодические подъемы температуры до 38,50С, иногда с ознобами, общую слабость, снижение аппетита, нарушение сна, боли в суставах, позвоночнике, обнаружил увеличенный лимфоузел в области шеи. За время болезни потерял около 8 кг. Ранее никогда на здоровье не жаловался.

Больному не переливались препараты крови, не проводились инъекции. Контакта с лицами, страдающими туберкулезом или инфекционными заболеваниями, не было. Больной выкуривал в день 3-4 сигареты. Немедленно после первичного обращения к врачу общей практики он получил внутривенно курс антибиотиков, эффекта не отметил.

При объективном обследовании кожная сыпь, зуд или патология половых органов не обнаружены, имеется лишь увеличение лимфатических узлов на передней и задней поверхности шеи, в подмышечной и паховой области. В общем анализе крови: лейкоцитоз, анемия, тромбоцитопения.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

Задача №3

Пациентка 32 лет, ткачиха. В течение последних двух месяцев в результате контакта с хлопковой пылью на производстве страдает приступами удушья экспираторного характера 3-4 раза в неделю, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, иногда – ночью.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

Результаты дополнительного обследования:

Анализ крови: эритроциты - 5,3х1012/л, гемоглобин - 136 г/л, ЦП - 0,8, лейкоциты - 5,4х109/л, эозинофилы - 14%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эозинофилы - 5-7 в поле зрения, спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

Рентгенограмма вне приступа - в пределах нормы.

ФВД после купирования приступа удушья - в пределах нормы.

ЭКГ вне приступа - в пределах нормы.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

**Билет №9**

1. Численность взрослого населения на одном терапевтическом участке в норме составляет

1) 1200 чел.

2) 1700 чел.

3) 2500 чел.

4) 2000 чел.

2. Пациенту может быть выдан листок нетрудоспособности при выполнении в амбулаторных условиях исследования

1) дуоденального зондирования

2) фиброколоноскопии с биопсией

3) велоэргометрии

4) урографии

3. К основному критерию разграничения временной и стойкой нетрудоспособности относят

1) клинический и трудовой прогноз

2) условия труда

3) степень выраженности функциональных нарушений

4) характер течения заболевания

4. Пациент с выраженными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы и ограничением жизнедеятельности 2-3 степени признается

1) инвалидом 1-й группы

2) инвалидом 3-й группы

3) инвалидом 2-й группы

4) трудоспособным

5. Стратегия вторичной профилактики заключается в

1) разделении населения на группы в зависимости от возраста

2) своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции

3) формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий

4) предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации

6. Больной, перенесший инфаркт миокарда, состоящий на «Д» учете у кардиолога поликлиники, передается на учет к врачу-терапевту участковому через \_\_\_\_\_\_ месяцев

1) 6

2) 12

3) 9

4) 10

7. Режим дозирования дигоксина у пациента 67 лет при ХСН в сочетании с фибрилляцией предсердий при амбулаторном лечении

1) 1 таблетка 2 раза в сутки

2) 1 таблетка 3 раза в сутки

3) 1/2 таблетки 1 раз в сутки

4) 1 таблетка в неделю

8. При неосложненом гриппе в анализе крови имеет место

1) лейкоцитоз, нейтрофилез

2) лимфоцитоз, атипичные мононуклеары

3) лейкопения, относительный лимфоцитоз

4) лейкоцитоз, моноцитоз

9. Типичным методом скринингового обследования взрослого населения для выявления туберкулеза легких является

1) рентгеноскопия

2) флюорография

3) рентгенография

4) УЗИ

10. Основными клиническими симптомами спонтанного пневмоторакса являются

1) боли в груди колющего характера, затрудненное дыхание, кашель с мокротой и температура

2) боли в груди, усиливающиеся при вдохе, с иррадиацией в шею, иногда в эпигастральную или поясничную область и одышка

3) лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди с иррадиацией в поясничную область

4) лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка непосредственно связанная с размером пневмоторакса

11. Для артериальной гипертензии наиболее характерно

1) повышение сердечного выброса

2) снижение сердечного выброса

3) снижение общего периферического сопротивления

4) увеличение центрального венозного давления

12. Начало действия каптоприла при сублингвальном приеме

25-50 мг проявляется через \_\_\_\_\_\_\_ минут

1. 20
2. 30
3. 15
4. 10

13. УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММОЛЬ/Л):

1) 11,0

2) 11,1

3) 10,0

4) 9,0

14. Для силикоза наиболее характерно \_\_\_\_\_\_\_\_\_ течение

1) прогрессирующее

2) рецидивирующее

3) стабильное

4) регрессирующее

Задача №1

Пациенту С. выдан больничный лист в связи с заболеванием ОРЗ с 18.10. по 20.10. Явка на прием назначена на 20.10. Больной явился 25.10. В прошедший период уезжал в другой город в гости. При осмотре 25.10 диагностирована очаговая пневмония.

Как оформить больничный лист?

Задача №2

У пациента В., 25 лет в течение 2-х недель отмечается повышение температуры тела до **38**0С**, кровоточивость десен, боли в горле при глотании. При осмотре: бледность кожи и слизистых, петехиальная геморрагическая сыпь на коже нижних конечностей. Пальпируется селезенка на 3 см из подреберья. В зеве язвы, покрытые фибринозным налетом.**

**В ОАК: эритроциты – 2,2x1012/л, гемоглобин – 79 г/л, тромбоциты – 22x109/л, лейкоциты – 30x109/л, бластные клетки – 62%, сегментоядерные – 24%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ – 51 мм/час.**

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И Ожидаемые РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

Задача №3

Пациентка О., 71 года, пенсионерка. С диагнозом: Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу – тетраплегия. Дисциркуляторная энцефалопатия III степени. Сенильная деменция – направлена в бюро МСЭ.

ВАША ЭКСПЕРТНАЯ ТАКТИКА.

**Билет №10**

1. Пациентами семейного врача могут быть

1) все взрослые

2) взрослые, кроме беременных

3) все возрастно-половые группы населения

4) взрослые и подростки

2.Иностранным гражданам листок нетрудоспособности может быть выдан

1) если он является работником российского предприятия

2) после оперативного вмешательства

3) во всех случаях нетрудоспособности

4) при заболевании туберкулезом

3. Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет

1) территориальный фонд ОМС

2) бюро медико-социальной экспертизы

3) Федеральное медико-биологическое агентство

4) Министерство здравоохранения

4. Пациент с выраженными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы и ограничением жизнедеятельности 2-3 степени признается

1) инвалидом 1-й группы

2) инвалидом 3-й группы

3) инвалидом 2-й группы

4) трудоспособным

5. Вопросами вторичной профилактики занимаются

1) учреждения образования

2) органы управления здравоохранением

3) лечебно-профилактические учреждения

4) санэпидемслужба

6. Больные с гипертонической болезнью I степени приглашаются к терапевту для диспансерного наблюдения

1) 1 раз в год

2) 2 раза в год

3) 4-5 раз в год

4) первый год 3 раза, затем 1 раз в год

7. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

1) возможное нарушение всасывания лекарств

2) ускоренное выведение лекарств почками

3) вероятность повышенного метаболизма

4) значительное усиление всасываемости лекарств

8. Больному гриппом при амбулаторном лечении показан срок постельного режима

1) до полного выздоровления

2) на первые три дня

3) на первые 5-6 дней

4) до нормализации температуры

9. Основным методом выявления возбудителя туберкулеза в амбулаторных условиях является

1) иммунологический

2) культуральный (бактериологический)

3) биологический

4) бактериоскопический

10. При развитии инфаркта миокарда уровень тропонинов в крови повышается через\_\_\_\_\_\_\_ от начала приступа

1) 3-4 часа

2) 1-2 часа

3) 6-8 часов

4) 24 часа

11. К ассоциированным состояниям при артериальной гипертонии относят

1) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

2) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)

3) скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

4) ИБС: инфаркт миокарда, стенокардию, коронарную реваскуляризацию

12. Препаратами выбора у пациента 55 лет с артериальной гипертонией iii стадии, перенесшего недавно инфаркт миокарда, должны быть

1) тиазидные диуретики

2) бета-адреноблокаторы

3) антагонисты кальция

4) моксонидин

13. МАРКЕРОМ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ

1) anti-HBs IgG

2) anti-HBcor IgG

3) anti-HBe IgG

4) HBsAg

14. Пыль, содержащая свободную двуокись кремния, оказывает на организм преимущественно \_\_\_\_\_\_\_\_\_ влияние

1) сенсибилизирующее

2) ионизирующее

3) фиброгенное

4) канцерогенное

Задача №1

Во время отпуска без сохранения содержания (с 15.01 по 22.01) гражданин А., 25 лет, находился в другом городе, где 17.01 заболел гриппом и лечился в местной поликлинике до 24.01.

ОФОРМИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Задача №2

Пациент 62 лет, перенесший 3 года назад острый инфаркт миокарда, предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, сердцебиение, перебои в работе сердца, усиление отеков на ногах, одышку (в последние 4 дня). В течение 3 лет постоянно принимает дигоксин по 1 таблетке в день, триампур - через день. В последние дни из-за отсутствия в аптеке триампура его заменили фуросемидом.

причина ухудшения состояния. обследование. коррекция лечения.

Задача №3

Пациентка 68 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на постоянную одышку в покое, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,40С. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см.

ПРЕДПОЛОЖИТЬ И ОБОСНОВАТЬ ДИАГНОЗ. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА. МСЭ.

**Билет №11**

1. «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (форма N 070/у), выдаваемая лицу, имеющего право на получение социальных услуг, заверяется подписью

1) лечащего врача

2) главного врача

3) председателя врачебной комиссии

4) заместителя главного врача по организационно-методической работе

2. Функции листка нетрудоспособности

1) государственная, финансовая, диагностическая

2) финансовая, статистическая, диагностическая

3) юридическая, финансовая, статистическая

4) государственная, юридическая

3. При неблагоприятном прогнозе листок нетрудоспособности может продлеваться до

1) 4 месяцев

2) 10 месяцев

3) 6 месяцев

4) 30 дней

4. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) возраст пациента

2) допущенные дефекты в лечении

3) неблагоприятный трудовой прогноз

4) ходатайство предприятия, на котором работает больной

5. Наиболее значимым фактором риска развития хронических бронхолегочных заболеваний является

1) частые вирусные инфекции дыхательных путей

2) загрязнение воздуха

3) гиперреактивность бронхов

4) курение

6. По результатам диспансеризации формируется

1) 4 группы

2) 3 группы

3) 2 группы

4) 1 группа

7. Изолированная систолическая артериальная гипертензия у пожилых диагностируется при показателях САД выше \_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

1) 140 и диастолическом АД менее 90

2) 140 и диастолическом АД выше 90

3) 160 и диастолическом АД выше 90

4) 200 и диастолическом АД выше 120

8. В обязательное обследование при тонзиллофарингите с экссудативными явлениями на миндалинах входит

1) мазок из миндалин и носа на дифтерию

2) анализ мочи общий

3) биохимический анализ крови с определением антистрептолизина-О

4) мазок из зева и носа на стафилококк

9. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ГРИППА ОТНОСИТСЯ

1) отсутствие интоксикации

2) субфебрильная лихорадка

3) фебрильная лихорадка

4) постепенное начало

10. Основной признак инфекционного эндокардита на ЭХО-КГ

1) аневризма левого желудочка

2) аортальная недостаточность

3) аортальный стеноз

4) вегетации на створках

11. При артериальной гипертензии на электрокардиограмме отмечается зубец

1) RV4>RV5,V6

2) RV5,V6>RV4

3) S1>R1

4) RIII>RI

12. Показания для госпитализации больных артериальной гипертонией

1) АГ, выявленная у больного в возрасте моложе 20 лет

2) АГ, возникшая у больного старше 65 лет

3) рефрактерная к комбинированной терапии АГ

4) обнаружение у больного АГ кардиомегалии

13. Лечение кетоацидотической комы начинают с введения

1) больших доз бикарбоната натрия

2) преднизолона

3) норадреналина

4) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина

14. К осложнению, характерному для силикоза, относится  
1) пневмония  
2) бронхиальная астма  
3) туберкулез легких   
4) бронхит

Задача №1

Пациент Г., 50 лет. Основная профессия - сварщик. В связи с обострением хронического бронхита имел в течение года 2 больничных листа продолжительностью 25 и 30 дней. По справке ВК переведен на более легкую работу со снижением квалификации - курьера в Управлении. Другой работы администрация предоставить не могла. В настоящее время в связи с обострением легочного заболевания находится на больничном листе 3 недели.

вид нетрудоспособности. тактика участкового ВРАЧА.

Задача №2

Пациент К., 26 лет, заболел ангиной с подъемом температуры до 39°С. За помощью не обращался, продолжал трудиться. Через 11 дней после некоторого улучшения самочувствия вновь повысилась температура до 380 С, появились интенсивные боли в прекардиальной области, немного стихающие в положении больного сидя и слегка согнувшись вперед. Спустя еще два дня госпитализирован в тяжелом состоянии.

При поступлении: тахикардия (120 в 1 мин.), гипотония (90/60 мм. рт. ст.), одышка (40 в 1 мин.), смещение границ сердечной тупости вправо (+2 см.) и влево (+3,5 см.), верхушечный толчок отсутствует, тоны сердца глухие, систолический шум и шум трения перикарда над прекардиальной областью, увеличение печени (+3 см.).

В анализе крови: лейкоцитов - 12x109 г/л, увеличение СОЭ до 60 мм/час.

Диагноз. Тактика.

Задача №3

Пациентка 32 лет. Жалуется на боли в пояснице, больше слева, усиливающиеся при движении, повышение температуры тела до 37,8°С, слабость, головные боли, плохой сон, снижение работоспособности.

2 года назад во время беременности наблюдалось повышение АД до 170/110 мм. рт. ст., отеки голеней; в моче - протеинурия, лейкоцитурия. Лечилась стационарно.

Последнее ухудшение отмечает в течение двух недель, связывает с переохлаждением.

Объективно: кожный покров бледный, отмечается пастозность лица. Система органов дыхания без особенностей. Граница относительной сердечной тупости слева в V межреберье по срединно-ключичной линии, тоны сердца ритмичные, АД 160/100 мм. рт. ст. Пульс 84 удара в 1 минуту. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левом подреберье. Симптом Пастернацкого слева положительный. Дизурических расстройств не отмечает. Периферических отеков нет.

Анализ крови: эритроциты - 4x10¹²/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 10,2x109/л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 68%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 20%, моноциты - 6%, СОЭ - 28 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,066 г/л, лейкоциты - большое количество, эритроциты - 0-1 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: мочевина - 3,4 ммоль/л, креатинин - 97 мкмоль/л, глюкоза - 5,0 ммоль/л.

ЭКГ:Ритм синусовый с ЧСС 84 в 1 минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Окулист: сужение артерий сетчатки. Гинеколог: здорова.

ДИАГНОЗ.ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. план диспансерного наблюдения.

**Билет №12**

1. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В ГОРОДЕ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше

2) 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше

3) 2000 человек взрослого населения

4) 3000 человек взрослого населения

2. ДАТА ЗАКРЫТИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА, ЯВИВШЕГОСЯ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ С ОПОЗДАНИЕМ НА 5 ДНЕЙ, БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДНЮ

1) явки с отметкой о нарушении режима

2) когда он должен был явиться на прием

3) когда он должен был явиться на прием с отметкой о нарушении режима

4) предшествующему дню явки

3. РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) врачебной комиссией

2) лечащим врачом

3) главным врачом

4) заместителем главного врача по клинико-экспертной работе

4. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ В РФ ЗАНИМАЮТ

1) несчастные случаи, отравления и травмы

2) болезни нервной системы

3) болезни системы кровообращения

4) болезни органов дыхания

5. К мероприятиям первичной профилактики относится

1) раннее выявление заболевания

2) устранение причин развития заболевания

3) своевременное начало лечения заболевания

4) паллиативная медицинская помощь

6. ДИСПАНСЕРНОМУ ПАЦИЕНТУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

1) пройти обследование

2) пролечиться в отделении реабилитации

3) пролечиться в дневном стационаре

4) проконсультироваться в центре здоровья

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДОМАШНЕЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) микоплазма

2) хламидия

3) пневмококк

4) легионелла

8. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пневмоторакс

2) панкреатит

3) пиелонефрит

4) пневмония

9. ПРИ СУБФЕБРИЛИТЕТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 2 НЕДЕЛИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

1) клинический анализ крови

2) сывороточное железо

3) щелочную фосфатазу

4) суточную протеинурию

10. Длительность повышения в крови тропонина при инфаркте миокарда составляет

1) до 12 часов

2) 1 день

3) 1 месяц

4) до 14 дней

11. Больные артериальной гипертензией с высоким и очень высоким риском считаются при наличии \_\_\_\_\_\_\_\_\_синдрома

1) астено-вегетативного

2) диспептического

3) метаболического

4) постхолецистэктомического

12. Лечение артериальной гипертензии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента противопоказано

1) при поликистозе почек

2) при двустороннем стенозе почечных артерий

3) при диабетической нефропатии

4) при бронхиальной астме

13. АСЦИТ ПОЯВЛЯЕТСЯ РАНЬШЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПРИ

1) митральных пороках сердца

2) циррозе печени

3) декомпенсированном хроническом легочном сердце

4) дилатационной кардиомиопатии

14. ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОТРАВЛЕНИЯ) НАПРАВЛЯЕТСЯ В УПРАВЛЕНИЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)

1) 24

2) 48

3) 72

4) 36

Задача №1

Пациентка Р., 42 лет, направлена участковым врачом на МСЭК 1 октября. Однако она явилась в экспертную комиссию только 15 октября. Врачи МСЭК установили больной III гр. инвалидности.

Оформить ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Задача №2

Пациент П., 62 лет, диспетчер, впервые в жизни почувствовал жгучие загрудинные боли, которые возникли в покое, продолжались около часа и прошли самостоятельно. Участковый врач освободил больного от работы, рекомендовал постельный режим и прием папаверина. На следующий день приступ повторился и продолжался более часа. Больному пришлось обратиться за неотложной помощью. Врач направил его в один из крупных стационаров города, где в приемном отделении сняли ЭКГ, не нашли никаких изменений и отказали в госпитализации. Еще через день снова возник еще более тяжелый и длительный приступ. Больного госпитализировали. На ЭКГ обнаружили признаки распространенного передне-перегородочного инфаркта миокарда.

Врачебные ошибки на догоспитальном этапе.

Задача №3

Пациентка К., 61 года, пенсионерка, предъявляет жалобы на повышение АД до 170/95 мм. рт. ст., жгучие боли в области сердца, иррадиирущие в левую руку при подъеме на один этаж, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при незначительной нагрузке, дискомфорт в правом подреберье.

Страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет. 2 года назад перенесла ОИМ (Q-позитивный).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, в нижних отделах симметрично выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Перкуторно: левая граница сердца определяется на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, выслушивается систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений 95 ударов в 1 минуту, пульс 92, АД - 175/95 мм. рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Край печени выступает из - под края реберной дуги на 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Голени пастозны. Стул, мочеиспускание в норме.

ОХС крови - 7,0 ммоль/л, сахар крови – 4,2 ммоль/л, МАУ – 120 мг/сутки.

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, очагово-рубцовые изменения по задней стенке левого желудочка, желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии.

ЭХО-КГ: изменена структура стенок аорты и створок аортального клапана, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, нарушена локальная (гипокинез задней стенки в серединном и апикальном сегментах) и снижена глобальная (ФВ 47%) сократимость миокарда, незначительная митральная недостаточность.

диагноз. трудоспособность.

**Билет №13**

1. «ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ» ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ

1) заподозривший инфекционное заболевание

2) подтвердивший диагноз инфекционного заболевания

3) эпидемиолог

4) дезинфектор

2. ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАРУШЕННЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ТРУДУ

1) приняли стойкий необратимый характер

2) приняли частично обратимый характер

3) носят временный, обратимый характер

4) требуют смены трудовой деятельности

3. ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЕТСЯ

1) справка на все дни с отметкой о факте опьянения

2) справка на 3 дня с отметкой о факте опьянения

3) листок нетрудоспособности на 3 дня с отметкой о факте опьянения

4) листок нетрудоспособности на все дни с отметкой о факте опьянения

4. ПРАВО НАПРАВЛЕНИЯ В БЮРО МСЭ ИМЕЕТ

1) заведующий отделением

2) лечащий врач

3) врачебная комиссия медицинской организации

4) главный врач медицинской организации

5. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ПОДТИПА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ

1) ацетилсалициловой кислоты

2) клопидогрела

3) варфарина

4) ривароксабана

6. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО

1) самостоятельно расширить объем диспансеризации либо отказаться от отдельных видов медицинских вмешательств

2) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств

3) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств по решению суда

4) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, если он не работает

7. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) повышение порога болевой чувствительности

2) снижение порога болевой чувствительности

3) ослабление воспалительной реакции

4) усиление воспалительной реакции

8. ТАКТИКА ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИППА, ВЫЗВАННОГО ВЫСОКОПАТОГЕННЫМ ВИРУСОМ А (H1N1), ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ МГ ОСЕЛЬТАМИВИРА 2 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_\_\_\_ ДНЕЙ

1. 75, 10
2. 75, 5

3) 150, 5

4) 150, 10

9. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) флюорография

2) туберкулинодиагностика

3) рентгеноскопия

4) иммунодиагностика

10. Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при кардиогенном шоке является

1) фентанил

2) метамизол натрия

3) кеторолак

4) морфин

11. УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ II СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММ РТ.СТ.)

1) 180/90

2) 180/95

3) 160/110

4) 170/100

12. У ЖЕНЩИНЫ 50 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПОЯВИЛИСЬ ПЕРШЕНИЕ В ГОРЛЕ И СУХОЙ КАШЕЛЬ, НЕ ПОДДАЮЩИЕСЯ ТЕРАПИИ ОТХАРКИВАЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ И АНТИБИОТИКАМИ, (НЕ КУРИТ, АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ НЕ ОТЯГОЩЕН, НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО). НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ КАШЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЕМ

1) диуретиков

2) блокаторов ангиотензиновых рецепторов

3) ингибиторов АПФ

4) блокаторов кальциевых каналов

13. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

1) хронической гипергликемии

2) повышения вязкости крови

3) нарушения деформируемости эритроцитов

4) гликозилирования белков

14. Основными принципами терапии профессиональных заболеваний являются

      1) этиологический

      2) патогенетический

      3) симптоматический

      4) все перечисленные

Задача №1

Пациентка К., находившаяся на больничном листе в связи с гриппом, должна явиться к врачу 18 августа, но она пришла 22 августа, так как уезжала за город. Врач признал ее нетрудоспособной, диагностировав очаговую пневмонию.

Оформить больничный лист.

Задача № 2

Больной П., 56 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на появление припухлостей в области шеи, быструю утомляемость, недомогание, понижение аппетита, субфебрильную температуру. Болен в течение 1,5 лет.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 37,50С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Пальпируются увеличенные подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Они не спаяны между собой и с окружающими тканями. Дыхание везикулярное, перкуторный звук ясный, легочный. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,4 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 78 в мин, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД 135/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

В ОАК: лейкоцитоз, лимфоцитоз, анемия, тромбоцитопения.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

Задача № 3

Пациентка К., 42 лет, образование среднее специальное, работает на обувной фабрике швеей. Год назад впервые появилась боль, чувство утренней скованности, припухлость в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, правом локтевом и коленных суставах, повышение температуры тела до 38°С. Пациентке был поставлен диагноз: Ревматоидный артрит. Назначена терапия метотрексатом (10 мг в неделю) в сочетании с НПВП. Со временем появились суставные девиации на кистях, атрофия межостных мышц, безболезненные образования на разгибательной поверхности локтевых суставов, лимфоаденопатия, спленомегалия, лейконейтропения). При ЭХО-КГ выявлен выпот в полость перикарда. Отмечено снижение веса на 15 кг. В настоящее время длительность утренней скованности составляет 2-3 часа, СОЭ − 35 мм/ч, СРБ - ++, РФ ++. На рентгенограмме − околосуставной остеопороз, снижение высоты околосуставной щели, множественные узуры, подвывихи в пястно-фаланговых суставах.

СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ. ПРОВЕДИТЕ ЭКСПЕРТИЗУ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

**Билет №14**

1. В форме N 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» подлежат учету

1. случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи
2. обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации
3. случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях
4. посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием

2. ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БЕЗРАБОТНОМУ ВЫДАЕТСЯ

1) при наличии документа о взятии на учёт по безработице

2) при ургентном заболевании

3) в случае госпитализации

4) при ОРВИ

3. ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ЧЕРЕЗ (ДЕНЬ)

1) 20

2) 10

3) 15

4) 30

4. Инвалидность II группы устанавливается на

1) 2 года

2) 3 года

3) 1 год

4) бессрочно

5. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) учет обращаемости

2) учет случаев временной нетрудоспособности

3) телефонный опрос

4) профилактический осмотр

6. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АГ В СОЧЕТАНИИ С ИБС, ЦВБ ИЛИ ХПН ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ НЕ МЕНЕЕ 1 РАЗА В (МЕС.)

1) 1

2) 6

3) 3

4) 12

7. К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1) постельный режим

2) физическое переутомление

3) перегревание

4) психоэмоциональный стресс

8. ЛИХОРАДКА, ФАРИНГИТ, КОНЪЮНКТИВИТ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНГИНЫ

1) герпетической

2) аденовирусной

3) скарлатинозной

4) коревой

9. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ТРЕБУЮЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ

1) пневмония, лихорадка лекарственного происхождения, туберкулез

2) пневмония

3) лихорадка лекарственного происхождения

4) туберкулез

10. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) беременность и первая неделя после родов

2) прием антагонистов витамина К

3) расслаивающая аневризма аорты

4) травматическая и длительная сердечно-легочная реанимация

11. ПРИЗНАКОМ ГЛЖ СОГЛАСНО ИНДЕКСУ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА ЯВЛЯЕТСЯ

1) SV1+RV5/V6 > 38 мм

2) R I > 11 мм

3) R I + S III >25 мм

4) R/S < 1 в V1

12. При неосложненном гипертоническом кризе артериальное давление после лечения в первые 2 часа должно снижаться на \_\_\_\_\_\_\_ %

1) 10

2) 15

3) 25

4) 35

13. ХРОНИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

1) С

2) А

3) В

4) Е

14. К диагностическим признакам силикоза относят

1) изменения в периферической крови  
2) наличие "пылевых клеток" в мокроте  
3) рентгенологические данные   
4) данные спирографии

Задача №1

Пациентка К., 30 лет, бухгалтер. 2 года назад лечилась в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (с нишей в 12-ти перстной кишке). В последующем чувствовала себя удовлетворительно. Диету не соблюдала. Месяц назад возникли незначительные ноющие боли в подложечной области. Обратилась к участковому терапевту.

В анализах крови и мочи изменений нет. Рентгенологически ниша не обнаружена.

трудоспособность.

Задача №2

Пациентка Д. 56 лет поступила в больницу с жалобами на появление сильной головной боли, головокружения, ощущения пульсации в голове, тошноты, нечёткости зрения. Данные симптомы впервые в жизни появились шесть месяцев тому назад на фоне стресса. Была доставлена в больницу, где впервые было обнаружено повышение АД до 180/120 мм рт. ст. Наблюдалась в дальнейшем у участкового терапевта, принимала гипотензивную терапию. В последнее время АД при нерегулярных измерениях 150/80 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Индекс массы тела - 29,7 кг/м2. Лицо гиперемировано. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Пульс - 96 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков на нижних конечностях нет.

В общем анализе крови без патологических изменений. На ЭКГ: Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, RV4<RV5>RV6, высокий RaVL (>11 мм), RV5+SV2 = 41 мм. Гипертрофия левого желудочка.

ОСНОВНОЙ СИНДРОМ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ. ПРЕПАРАТЫ, С КОТОРЫХ НУЖНО НАЧАТЬ КУПИРОВАНИЕ ДАННОГО НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ.

Задача №3

Пациенту В. 57 лет (пенсионер) в результате дорожно-транспортного происшествия, повлекшие размозжение мягких тканей бедра, произведена высокая ампутация правой нижней конечности на уровне верхней третьи бедренной кости.

Ваша экспертная тактика.

**Билет №15**

1. На листе заключительных (уточненных) диагнозов знаком (+) отмечаются

1) острые заболевания, даже возникающие несколько раз в год

2) ранее диагностированные хронические заболевания

3) каждое обострение хронического заболевания

4) каждый профилактический медицинский осмотр

2. ДАЕТ РЕКОМЕНДАЦИИ О ВРЕМЕННОМ ПЕРЕВОДЕ РАБОТНИКА ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НА ДРУГУЮ РАБОТУ

1) лечащий врач

2) председатель бюро МСЭ

3) заместитель главного врач по ЭВН

4) врачебная комиссия лечебного учреждения

3. Для подтверждения диагноза профессиональное заболевание больного следует направить

1) в центр санитарно-эпидемиологического надзора

2) в центр, оказывающий специализированную помощь по ведущему синдрому

3) в центр врачей общей практики

4) в центр профпатологии

4. Инвалидность I группы устанавливается на

1) 2 года

2) 1 год

3) 3 года

4) бессрочно

5. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПРОВОДИТСЯ ПРИ

1) аденовирусной инфекции

2) парагриппе

3) гриппе

4) РС-вирусной инфекции

6. Диспансеризация работающего населения осуществляется

1) 1 раз в квартал

2) 1 раз в 3 года

3) 1 раз в 2 года

4) ежегодно

7. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) преобладание отечно-секреторного механизма обструкции

2) частота атопических форм

3) редкость атопических форм

4) преобладание бронхоспастического механизма обструкции

8. В клинике гриппа ведущим является синдром

1) диарейный

2) гепатолиенальный

3) интоксикации

4) мионевралгический

9. ПРИ ЛИХОРАДКЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕСЯЦА И ЛИМФОАДЕНОПАТИИ МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ

1) болезнь Крона

2) лимфогранулематоз

3) болезнь Виллебранда

4) гемофилию

10. Тромболитическая терапия показана при

1) остром коронарном синдроме без подъема ST

2) остром коронарном синдроме с подъемом ST

3) любом остром коронарном синдроме

4) нестабильной стенокардии

11. К причине временной нетрудоспособности при гипертонической болезни относят

1) повышение уровня креатинина крови

2) признаки гипертрофии миокарда левого желудочка

3) гипертонический криз

4) кардиалгию

12. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) рефрактерная к комбинированной терапии АГ

2) АГ, выявленная у больного в возрасте моложе 20 лет

3) АГ, возникшая у больного старше 65 лет

4) обнаружение у больного АГ кардиомегалии

13. ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ (ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ) АНЕМИЯХ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1. эозинофилия
2. ретикулоцитоз
3. тромбоцитоз
4. лейкоцитоз

14. ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ

1) метформин

2) инсулин

3) производные сульфонилмочевины

4) ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа

Задача №1

Работающий преподаватель Н. осуществлял уход за матерью, перенесшей гипертонический криз с функциональными нарушениями мозгового кровообращения, с 18.01 по 24.01. и в это время отсутствовал на работе.

Оформите нетрудоспособность в связи с уходом за заболевшим членом семьи.

Задача №2

Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приемный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×109/л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.

Задача №3

Пациентка О., 71 года, пенсионерка. С диагнозом: Артериальная гипертензия III степени. Очень высокий риск. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу – тетраплегия. Дисциркуляторная энцефалопатия III степени. Сенильная деменция – направлена в бюро МСЭ.

Ваша экспертная тактика.

**Билет №16**

1. ПЕРЕЧЕНЬ, ЧАСТОТА И КРАТНОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) стандартом оказания медицинской помощи при данном заболевании

2) порядком оказания медицинской помощи при заболевании соответствующего профиля

3) программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

4) приказом главного врача медицинской организации

2. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ РАБОТНИКА В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ОФОРМЛЯЕТСЯ

1) листок нетрудоспособности со дня предполагаемого выхода на работу

2) листок нетрудоспособности до окончания отпуска

3) листок нетрудоспособности на весь период временной утраты трудоспособности вследствие заболевания

4) справка установленного образца

3. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ О НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПРИНИМАЕТ

1) врач, прошедший обучение по ЭВН

2) заведующий отделение

3) врачебная комиссия

4) главный врач и его заместители

4. К третьему этапу медицинской реабилитации относят

1) стационарный

2) санаторно-курортный

3) лечебный

4) амбулаторно-поликлинический

5. МАММОГРАФИЯ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ C \_\_\_\_\_ЛЕТ

1) 18

2) 30

3) 40

4) 50

6. В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ

1) гликированного гемоглобина

2) постпрандиальной гликемии

3) гликемии натощак

4) глюкозурии

7. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХСН ВОЗМОЖНО ПРИ

1) отеке легких

2) ХСН ФК I и II

3) наличии отеков

4) ХСН ФК IV

8. К МЕТОДАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ОТНОСИТСЯ

1) закаливание организма

2) применение лейкоцитарного интерферона

3) применение Амантадина

4) вакцинация

9. ПРИ СУБФЕБРИЛИТЕТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 2 НЕДЕЛИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

1) сывороточное железо

2) клинический анализ крови

3) щелочную фосфатазу

4) суточную протеинурию

10. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа
2. наркотические анальгетики
3. ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
4. анальгетики-антипиретики

11.  ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И

МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (ММ РТ.СТ.)

1) 130/80

2) 120/80

3) 140/90

4) 140/80

12. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

1) антибиотики

2) симпатомиметики

3) метилксантины

4) β-адреноблокаторы

13. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В12 В ОТЛИЧИЕ ОТ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) гиперхромной анемией

2) фуникулярным миелозом

3) макроцитарной анемией

4) мегалобластическим кроветворением

14. ОПОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ» ЯВЛЯЕТСЯ

1) определение активности АЛТ

2) исследование мочи на желчные пигменты

3) определение уровня общего билирубина и его фракций

4) обнаружение маркеров вирусных гепатитов

Задача №1

Пациент Д., 27 лет, обратился в поликлинику 6.01. Диагностирован острый бронхит. Со слов пациента, болен с 4.01., но в поликлинику не обращался.

Оформить ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Задача №2

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки.

Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе АГ в течение последних 10 лет с максимальными цифрами АД 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST>0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Тактика ведения пациента на догоспитальном этапе. Обоснуйте свой выбор. Какой объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?

Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Задача №3

Пациентка 56 лет, кассир, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с трудноотделяемой вязкой желтоватой мокротой, повышение температуры тела до 37,3°С, слабость, недомогание.

В анамнезе: с 48 лет беспокоит хронический кашель со скудным количеством светлой мокроты в утренние часы. В течение последних 3 лет ежегодно, не менее 4 раз переносила эпизоды бронхолёгочной инфекции (усиление кашля с отделением гнойной мокроты на фоне простудных заболеваний). Настоящее ухудшение в течение 4 дней – на фоне простудного заболевания (боли в горле, першение, заложенность носа) усилился кашель, увеличилось количество мокроты, которая приобрела желтоватый оттенок. Перенесённые заболевания: пневмония, частые ОРВИ. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Вредные привычки: курит с 18-летнего возраста (30 сигарет в день).

Объективный статус:Общее состояние средней тяжести, температура тела – 37,2°C. Индекс массы тела – 21,9 кг/м2. Кожный покров обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка правильной формы, при перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие басовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. ОАК: лейкоцитоз 10,1X109/л, п/я нейтрофилы – 8%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мокроты: цвет желтый, характер гнойный, лейкоциты - 26-28 в п/зр. При бактериоскопии мокроты микобактерий туберкулёза не обнаружено; в мазках (окраска по Граму) определяются > 10 Грам+ ланцетовидных диплококков (Streptococcus pneumoniae). На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. При спирометрии ОФВ1 - 94% и ОФВ1/ФЖЕЛ - 78% от должных значений.

ДИАГНОЗ. факторы риска обострений заболевания у пациентки. ГруппА здоровья. Кратность диспансерных осмоТРОВ ТЕРАПЕВТОМ, ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ. Комбинированное назначение каких препаратов И вакцинациЯ против какой инфекции ПОКАЗАНЫ ПАЦИЕНТКЕ?

Оценка за итоговое занятие выставляется как средняя арифметическая оценки за тестирование и 3 оценок за каждое case-задание.

**Модуль 2.**  Основные синдромы в практике участкового терапевта.

**Тема 1***.* **Дифференциальная диагностика болезней суставов.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

**ВАРИАНТ №1**

ВЫБРАТЬ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. нарушениЕ метаболизма, которое наиболее всего предрасполагает к развитию остеоартроза

1) дислипидемия

2) гипертиреоз

3) акромегалия

4) ожирение

2. В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ

1) анемии

2) антител к цитрулинированному пептиду

3) повышенного уровня мочевой кислоты

4) диспротеинемии

3. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) аллопуринол

2) диклофенак

3) гидрохлортиазид

4) цистон

**ВАРИАНт №2**

ВЫБРАТь ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. При первичном осмотре пациента с суставным синдромом врачом-терапевтом обнаружены узлы Гебердена и Бушара. О каком заболевании следует думать в первую очередь

1) ревматоидный артрит

2) остеоартроз суставов кистей

3) системная склеродермия

4) системная красная волчанка

2. При подозрении на заболевания, относящихся к группе серонегативных спондилоартритов, врачу амбулаторного звена следует провести типирование на

1) антиген HLA B27

2) антиген HLA B7

3) антиген HLA DR4

4) антиген HLA B5

3. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ИЗ СИНТЕТИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

1) соли золота

2) аминохинолиновые производные

3) метотрексат

4) инфликсимаб

**ВАРИАНт №3**

ВЫБРАТЬ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

1) травма сустава

2) реактивный артрит в анамнезе

3) гиперурикемия

4) генетический фактор

2. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

1) полиартрит

2) артралгия

3) олигоартрит

4) моноартрит

3. КОЛХИЦИН ПРИ ПОДАГРЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ

1) снижения гиперурикемии

2) рассасывания подкожных тофусов

3) купирования острого артрита

4) профилактики и лечения нефропатии

**ВАРИАНт №4**

выбрать один правильный ответ.

1. МОНОАРТРИТ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ при

1) анкилозирующем спондилоартрите

2) системной красной волчанке

3) подагре

4) ревматоидном артрите

1. К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕМУСЯ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ОТНОСЯТ
   1. ревматоидный фактор
   2. антинейтрофильные антитела
   3. HLA-B27
   4. антимитохондриальные антитела

3. К препаратам замедленного модифицирующего действия в лечении остеоартроза относят

1. глюкокортикостероиды
2. нестероидные противовоспалительные препараты
3. цитостатики
4. хондропротекторы

**ВАРИАНТ №5**

ВЫБРАТЬ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. Ревматоидный артрит относится к заболеваниям

1) воспалительным

2) дегенеративным

3) метаболическим

4) реактивным

2.Сочетание раннего вовлечения в процесс плюснефалангового сустава большого пальца стопы, в период обострения резкое покраснение, дефигурация суставов, подъем температуры, нефропатия, приступы почечной колики, подкожные узелки на ушных раковинах и локтях характерны для

1) ревматического полиартрита

2) подагры

3) остеоартроза

4) ревматоидного артрита

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
   1. кожные
   2. гепатотоксические
   3. нефротоксические
   4. желудочно-кишечные

**ВАРИАНТ №6**

ВЫБРАТЬ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. Круглые штампованные дефекты в эпифизах костей наблюдаются при

1) подагре

2) псориатическом артрите

3) миеломной болезни

4) системной красной волчанке

2. Какое ревматическое заболевание осложняется амилоидозом

1) системная склеродермия

2) СКВ

3) ревматоидный артрит

4) дерматомиозит

3. РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

1) индометацин

2) мелоксикам

3) вольтарен

4) диклофенак

**ВАРИАНТ №7**

1. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) асимметричностью поражения суставов

2) утренней скованностью более часа

3) поражением дистальных межфаланговых суставов

4) выраженной гиперемией в области суставов

2. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты,

кистовидные просветления в эпифизах

2) сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узуры

3) кисты в эпифизах

4) сужение суставной щели, хондрокальциноз

3. К САМЫМ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

1) бронхоспазм

2) психические нарушения

3) боль в животе, неустойчивый стул

4) повышение креатинина в сыворотке крови

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

* + - 1. Определение суставного синдрома.
      2. Заболевания, при которых данный синдром встречается.
      3. Механизмы суставного синдрома при различных заболеваниях.
      4. Данные анамнеза, необходимые для уточнения диагноза.
      5. Другие клинические симптомы, с которыми данный синдром (симптом) сочетается при предполагаемых заболеваниях.
      6. План исследований, которые следует использовать для уточнения диагноза.
      7. Результаты обследований при предполагаемых заболеваниях.
      8. Общие принципы лечения суставного синдрома.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Пациент З. 43 лет предъявляет жалобы на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объёма движений.

Анамнез болезни: болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимал настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости.

Анамнез жизни. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет – заместителем главного бухгалтера предприятия. Наследственный анамнез: мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда, имел какое-то заболевание суставов. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 180 см, вес – 107 кг, окружность талии – 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отёков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий – 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно – лёгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС – 84 удара в минуту, ритм правильный. АД - 165/95 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 8×5 см.

Лабораторные и инструментальные данные.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,9×1012/л, гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – 8,2×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – 0,033 г/л, эпителий – единичный в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 55%, глобулины – 45%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, прямой – 13 мкмоль/л, непрямой – 5 мкмоль/л, глюкоза – 6,4 ммоль/л, общий холестерин – 7,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,78 ммоль/л, триглицириды – 2,6 ммоль/л, содержание фибриногена – 5,3 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 80 в мин. Горизонтальное пол. эл. оси. Гипертрофия левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Дифференциальный диагноз.

5. План лечения.

**Задача № 2**

Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отёков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 6,7×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.

Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз.

**Вопросы:**

1. Предположить наиболее вероятный диагноз.

2. Обосновать поставленный Вами диагноз.

3. Составить и обосновать план дополнительного обследования пациента.

4. Составить план лечения данного пациента. Обосновать свой выбор.

5. Определить прогноз и трудоспособность пациента.

**Задача №3**

Женщина, 59 лет, обратилась на прием к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП.

Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты - 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приема обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Пациентка получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела - 35 кг/м2. Окружность талии - 104 см, окружность бедер - 110 см. Кожный покров без патологических высыпаний, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп - вальгусная деформация 1 плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в 1 плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Предположить наиболее вероятный диагноз.

2. Обосновать поставленный Вами диагноз.

3. Составить и обосновать план дополнительного обследования пациента.

4. Составить план ведения пациентки с использованием немедикаментозных и медикаментозных методов и профилактических мероприятий.

5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приеме НПВП, недостаточный эффект от приема обезболивающих. На рентгенограмме коленных суставов - значительное сужение суставной щели, справа - до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Дальнейшая лечебная тактика с обоснованием своего выбора.

**Задача № 4**

Женщина 75 лет предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 30 мин. Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала Диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъеме и спуске по лестнице из-за боли в суставах. Сопутствующие заболевания: около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт. ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес - 96 кг, рост - 162 см. Узелковая деформация II-V дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Дефигурация коленных суставов за счет периартикулярного отека, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объем движений не изменен, пальпация и движения умеренно болезненны. Припухлость и деформация грудино-ключичного сочленения справа, пальпация его безболезненна. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 7,7×109 /л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии. Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок - 8 мг/л. Общий анализ мочи без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте развернутый диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова тактика ведения больной (немедикаментозная и медикаментозная)?

5. Какие дополнительные назначения необходимо сделать с учетом сопутствующих заболеваний?

**Задача № 5**

Мужчина 45 лет обратился к врачу с жалобами на боль в левом колене, которая началась накануне, ночью. Со слов пациента, боль появилась внезапно, когда он уже лег спать после обильного ужина. В течение примерно 3 часов боль была очень интенсивной, в связи с чем пациент принял парацетамол две таблетки по 500 мг, после чего боль несколько уменьшилась, но полностью не купировалась.

Пациент отрицает аналогичные приступы болей в колене ранее, однако несколько месяцев назад был эпизод интенсивной боли в первом плюснефаланговом суставе правой стопы после переохлаждения, сопровождавшийся покраснением сустава и невозможностью опираться на ногу. Тот эпизод прошел полностью самостоятельно без какого-либо лечения в течение 3 суток, наиболее интенсивной была боль в первые 3-4 часа.

Пациент отрицает факты травм, операций, гемотрансфузий. В течение 2 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой принимает гидрохлортиазид. Накануне вечером пациент употреблял большое количество красного вина и ел мясные отбивные, так как отмечал семейное событие. Курение, употребление наркотических препаратов отрицает.

При осмотре: рост 180 см, масса тела 109 кг, ИМТ 33,6 кг/м2. Температура тела 37,1°С, ЧСС – 90 ударов в минуту, частота дыхания 22 в минуту, АД – 129/88 мм.рт.ст. Кожные покровы обычной окраски, имеется незначительная гиперемия воротниковой зоны. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Левый коленный сустав увеличен в объёме за счёт экссудации, кожа над ним гиперемирована, локальная температура повышена. Пациент ограничивает активные движения в суставе из-за болей, придает колену полусогнутое положение. Пассивные движения ограничены в таком же объёме, при максимальном сгибании и разгибании боль усиливается. Пальпация сустава резко болезненна, определяется значительный выпот в коленном суставе, крепитация отсутствует. Другие суставы без патологических проявлений, объем движений в них полный. Увеличения паховых лимфатических узлов нет. В общем анализе крови имеется лейкоцитоз 9,1×109/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 28 мм/ч, в остальном – без отклонений.

**Вопросы:**

1. Опишите основные характеристики суставного синдрома у данного пациента.

2. Какой наиболее вероятный предположительный диагноз?

3. Какие диагностические исследования будут являться ключевыми для подтверждения диагноза?

4. Какие клинические признаки указывают на предполагаемый диагноз?

5. Каковы принципы медикаментозной терапии данного заболевания?

**Задача № 6**

Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ – Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов – Амлодипин 10 мг – неэффективно.

Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 °С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов.

В лёгких дыхание везикулярное. Сердце: тоны правильные, 80 в мин., акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Нb – 110 г/л, лейкоциты – 5,4×109/л, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 3–4 в поле зрения, цилиндры – до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови – 200 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Задача №7**

Больная М. 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов, на боли при жевании в нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 14-15 часов дня, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость. Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала Диколофенак, а затем Нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приёма данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 ºС. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Изменения суставов кистей представлены на рисунке. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5×0,5 см. Коленные суставы дефигурированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6.

В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин - 86,4 г/л, лейкоциты - 9,1×109/л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 76 мм/час (по Вестергрену).

Электрофорез белков: альбумины - 43,7%, глобулины: 1 - 4,9%, 2 - 12,8%, - 12,4%, - 26,2%. СРБ - 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л). Сывороточное железо – 6,2 мкмоль/л.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястный костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых проксимальных суставов справа.

Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с 3 эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте развёрнутый диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой базисный препарат вы бы рекомендовали в качестве лекарственного средства первого выбора? Обоснуйте свой выбор.

5. Опишите изменения суставов кистей на представленном рисунке. 

Задача №8

Женщина 42 лет, менеджер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль и припухание в области II-IV проксимальных межфаланговых суставов, II-III пястно-фаланговых суставов, лучезапястных, коленных суставах; утреннюю скованность в указанных суставах до середины дня; снижение веса на 4 кг за последние 2 месяца, слабость. При дополнительном расспросе отмечает, что стала хуже переносить физическую нагрузку: при подъёме на 3-4 этаж появляется одышка, сердцебиение. Указывает, что из-за болей и скованности в суставах стала хуже справляться с профессиональными обязанностями.

Больной себя считает в течение полугода, когда впервые появились и постепенно прогрессировали указанные симптомы. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния отмечает в последние два месяца, когда значительно усилились боли в суставах, появилась скованность, похудание, затем - слабость и сердцебиение. По совету соседки принимала аспирин, диклофенак (в последние 1,5 месяца – ежедневно), с незначительным положительным эффектом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, температура – 36,4°С. Кожные покровы бледные, сухие. Рост – 168 см, вес – 54 кг, ИМТ – 19,1 кг/м2. При осмотре костно-мышечной системы II-IV проксимальные межфаланговые, II-III пястно-фаланговые суставы, лучезапястные, коленные суставы отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Определяется баллотирование надколенников, западение межкостных промежутков на обеих кистях. Число болезненных суставов (ЧБС) - 12, число припухших суставов (ЧПС) - 10. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 104 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот обычных размеров и формы, участвует в дыхании, безболезненный при пальпации. Печень - 9(0)×8×7 см. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии нет.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин – 95 г/л, МСН – 24 пг, MCV – 75 фл, лейкоциты - 7,9×109/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 18%, моноциты - 11%, тромбоциты – 392×109/л, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1010, реакция – слабокислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 4-6 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты, бактерии – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль /л, СКФ – 68 мл/мин, билирубин – 14,5 мкмоль/л, АСТ – 24 МЕ/л, АЛТ – 30 МЕ/л, мочевая кислота – 224 мкмоль/л, СРП – 30,5 мг/л.

РФ – 120 МЕ/л, антинуклеарный фактор — отрицательный.

Общая самооценка здоровья пациентом – 56 мм по шкале ВАШ.

Рентгенография кистей и стоп: околосуставной остеопороз, преимущественно в II-IV проксимальных межфаланговых, II-III пястно-фаланговых суставах.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какие препараты симптоматического действия Вы бы назначили пациентке в течение 5-7 дней до получения результатов дообследования (с указанием дозы и кратности приёма)? Обоснуйте свой выбор.

5. Пациентка дообследована: железо сыворотки – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 58 мкмоль/л, ферритин – 115 нг/мл, витамин В12 – 450 нг/мл, фолиевая кислота – 45 нг/мл, проба Зимницкого – без патологии, суточная протеинурия – отрицательная, на ФГДС – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени, хронический гастрит; на флюорографии лёгких без патологии; осмотр гинеколога – без патологии. Определите дальнейшую тактику ведения данной пациентки. Обоснуйте свой выбор.

**Задача № 9**

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×1012/л, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – 8,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л).

Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №10**

Женщина 48 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание.

Больна 11 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,1°С. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание.

При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объём активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – 2,2×1012/л, лейкоциты - 8,8×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – 418,1×109/л.

Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 16%, β – 19%, γ – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл).

Рентгенограмма кистей.



**Вопросы:**

1. Предположить наиболее вероятный диагноз.

2. Обосновать поставленный Вами диагноз.

3. Составить и обосновать план дополнительного обследования пациента.

4. Составить план лечения данного пациента. Обосновать свой выбор.

5. Определить прогноз заболевания и тактику дальнейшего ведения пациента.

**Тема 2.** **Диагностика некоторых ревматических заболеваний в амбулаторных условиях (остеопороз, системные васкулиты, системная склеродермия).**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1**

Женщина 75 лет пришла на прием к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 160 см, вес – 52 кг, ИМТ – 20,3 кг/м2. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 64 в минуту, АД – 125/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×1012/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,8×109/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты – 267×109/л, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).

5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

**Задача №2**

Женщина 44 лет, программист, жалуется на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера.

При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берется в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объём пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.

Лабораторно.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,1×1012/л, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - 15,3×109/л; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, 1 - 3,8%, 2 – 12%; – 12%; – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++).

Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны.



Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лёгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах.

Рентгенография кистей: остеолиз дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз.

Приложение: лицо больной.



**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Определите тактику лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.

**Задача №3**

Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры.

Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°С. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°С, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лёгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 21,0×109/л, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час.

Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные.

**Вопросы:**

1. Укажите основной синдром в клинической картине.

2. Сформулируйте предположительный диагноз.

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?

4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

5. Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания?

**Тема 3. Спондилоартриты. Дифференциальная диагностика со спондилоартрозами.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. анкилозирующий спондилит чаще поражает:

1) детей

2) стариков

3) подростков и молодых мужчин (15-30 лет)

4) женщин в климактерическом периоде

2. СакроилИит развивается чаще при:

1) ревматоидном артрите

2) деформирующем остеоартрозе

3) подагрическом артрите  
4) болезни Бехтерева

3. При анкилозирующем спондилите чаще возникает:

1) митральный стеноз

2) недостаточность митрального клапана

3) стеноз устья аорты

4) аортальная недостаточность

4. Поражение глаз в виде увеитов и иритов более характерны для:

1) анкилозирующего спондилита

2) ревматоидною артрита взрослых

3) ревматизма

4) подагры

5. Избирательное поражение суставов нижних конечностей более характерно для:

1) деформирующего остеоартроза

2) болезни Бехтерева

3) синдрома Рейтера

4) псориатического артрита

6. Энтезопатии чаще возникают при:

1) анкилозирующем спондилите

2) ревматоидном артрите

3) подагре

4) остеоартрите

7. При анкилозирующем спондилите имеются следующие лабораторные данные:

1) ускорение СОЭ

2) эозинофилия  
3) лейкопения

4) положительный тест на РФ

8. Рентгенологическая картина под названием «карандаш в стакане» характерна для:

1) ревматоидного артрита

2) анкилозирующего спондилита

3) псориатического артрита

4) реактивного артрита

9. Кератодермия характерна для:

1) синдрома Рейтера

2) болезни Бехтерева

3 деформирующего остеоартроза

4) ревматоидного артрита

10. 69-летний больной отмечает в течение месяца боли И ПРИПУХЛОСТЬ в голеностопных суставах. В последнее время появились боли в позвоночнике при движении. Объективно: дефигурация голеностопных суставов, больше справа, ограничение подвижности. На рентгенограмме ТАЗА обнаружено сужение щели крестцово-подвздошного сочленения. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ

1) реактивный артрит

2) болезнь Бехтерева

3) остеоартроз

4) ревматоидный артрит

11. При реактивном артрите обязательным назначением является

1) цитостатики

2) антибиотики

3) глюкокортикоиды

4) витамины

12. наиболее предпочтительные нестероидные противово-спалительные препараты, используемые в лечении реактивного артрита

1) ибупрофен

2) парацетамол

3) индометацин

4) мелоксикам

13. реактивный артрит встречается преимущественно:

1). У детей

2). У подростков

3). У молодых людей 20–40 лет

4). У лиц среднего возраста

14. Какие возбудители относятся к этиологическим агентам реактивного артритА?

1). Бета-гемолитический стрептококк

2). Эпидермальный стафилококк

3). Энтерококк

4). Шигелла дизентерии

15. Мyтилирующий артрит — это форма:

1) ювенильного ревматоидного артрита

2) синдрома Рейтера

3) псориатического артрита

4) ревматоидного артрита

16. Который из перечисленных признаков наиболее характерный для анкилозирующего спондилоартрита?

1) Ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника.

2) Утренняя скованность движений в спине.

3) Наличие антигена HLA-B27.

4) Двусторонние эрозии в сакроилиальных сочленениях

17. Который из перечисленных признаков не подтверждает воспалительный характер боли в низу спины?

1) Отсутствие рефлексов на ступне и латеральная анестезия ступни.

2) Болезненность в участке сакроилиальных сочленений.

3) Продолжительная утренняя скованность в пояснице.

4) Боль, которая усиливается в покое.

18. К большим критериям реактивного артритА относят (Российские критерии 2003 г.):

1) Сакроилиит

2) Увеит

3) Асимметричный артрит с поражением нижних конечностей

4) Бленноррагическая кератодермия

19. К малым критериям реактивного артритА относят (Российские критерии 2003 г.):

1) Сакроилиит

2) Увеит

3) Асимметричный артрит с поражением нижних конечностей

4) Лабораторное подтверждение инфекции

20. Характерными лабораторными признаками болезни Рейтера являются:

1) ревматоидный фактор;  
2) повышение СОЭ;  
3) обнаружение хламидий в соскобе из уретры;  
4) протеинурия;

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Серонегативные спондилоартриты. Классификация.

2. Общие признаки спондилоартритов.

3. Критерии диагностики серонегативных спондилоартритов.

4. Сравнительная характеристика клинических особенностей некоторых спондилоартритов.

5. Анкилозирующий спондилоартрит: патогенез.

6. Классификация анкилозирующего спондилоартрита.

7. Диагностические критерии анкилозирующего спондилоартрита.

8. Дифференциальная диагностика спондилоартрита со спондилоартрозом.

* + - 1. Классификационные критерии ASAS для аксиального спондилоартрита.
      2. Классификационные критерии ASAS для периферического спондилоартрита.
      3. Физикальное обследование больных с анкилозирующим спондилитом.
      4. Диагностика и лечение анкилозирующего спондилита.
      5. Реактивные артриты.
      6. Понятие псориатического артрита.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача № 1**

Пациент К., 30 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в пояснице в течение 6 месяцев, не облегчаемые отдыхом, боли и ощущение скованности в грудной клетке, ограничение дыхательных движений грудной клетки, ограничение движения в поясничном отделе позвоночника (во всех направлениях). Год назад лечился у окулиста по поводу ирита.

диагноз. ХАРАКТЕРНЫЕ рентгенологические ПРИЗНАКИ. Дифференциальный диагноз.

**Задача №2**

Пациент С., 35 лет, предъявляет жалобы на боли и ощущение «одеревенело­сти» в грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника, максимально выраженные во вторую половину ночи и утром.

Больным себя считает с 29-летнего возраста, когда перенес травму – ушиб пояснично-крестцовой области. Спустя 1 год стали беспокоить боли в крестце, ягодицах, по задней поверхности бедер, незначительная утренняя ско­ванность. Пациент наблюдался у невролога с ди­агнозом: Посттравматический остеохондроз, пояснично-крестцовый радикулит. Лечение приносило временное улучшение. Заболевание характеризова­лось волнообразным течением: с периодами обострений и ремиссий с постепен­ным нарастанием интенсивности симптомов и вовлечением поясничного, а за­тем и грудного отделов позвоночника. Период утренней скованности увеличи­вался. В последнее время возникли затруднения при дыхании, сложности при поворотах, движении. 5 лет назад перенес иридоциклит.

*Объективно:* Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 37,2°С. Обра­щает внимание изменение осанки: сглаженность поясничного лордоза. Боль в проекции подвздошно-крестцовых сочленений усиливается при надавливании на гребни подвздошных костей (Кушелевского I) и при отведении согнутой в коленном суставе ноги в положении больного лежа на спине (Кушелевского III), а также на крыло подвздошной кости в положении больного на боку (Кушелевского II). Дыхательная экскурсия грудной клетки ограничена, характерен брюшной тип дыхания. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление (АД) 120/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание без особенностей.

*Данные лабораторно-инструментального обследования*

Клинический анализ крови: гемоглобин - 122 г/л, эритроциты – 3,9х1012/л, лейкоциты - 8,7х109/л, п/я - 2%, с/я - 51%, моноциты - 3%, лимфоциты - 44%, СОЭ - 32 мм/ч.

Биохимический анализ крови*:* общий белок - 70 г/л, альбумины - 52,1%, глобулины - 47,9%. СРБ ++, РФ отрицательный.

Определение антигена гистосовместимости  HLA-B27: результат положительный.

На рентгенограммах позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений: неровные суставные поверхности межпозвонковых суставов, признаки двустороннего сакроилеита 2-й стадии.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

**Задача №3**

Пациент А., 39 лет, автослесарь. Предъявляет жалобы на постоянные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также в тазобедренных и коленных суставах, усиливающиеся при движении, чихании, физической нагрузке, утреннюю скованность около 40 минут в позвоночнике, ограничение движений в пораженных суставах, выраженную утомляемость.

Из анамнеза выяснено, что страдает этим заболеванием около 10 лет. Болезнь началась остро, с поражения поясничного отдела позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Коленные суставы припухали, воспалительные изменения в суставах носили рецидивирующий характер. В течение последних 2-х лет обострение заболевания сопровождается ощущением утренней скованности в пораженных суставах. Неоднократно находился на лечении у невропатолога по поводу болей в позвоночнике и резко ускоренного СОЭ до 50 мм/ч.

*Объективно:* Больной с трудом передвигается из-за боли в коленных и тазобедренных суставах. Телосложение астеническое. Отмечается сглаженность поясничного лордоза, атрофия мышц. Выраженная припухлость и дефигурация коленных суставов за счёт экссудативных изменений. При пальпации определяется болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в области крестцово-подвздошных сочленений, тазобедренных и коленных суставов. Положительны симптомы Кушелевского, Отта и Шобера.

Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание без особенностей.

*Данные лабораторно-инструментального обследования:*

Клинический анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 8,2х109/л, п/я - 2%, с/я - 51%, моноциты - 3%, лимфоциты - 44%, СОЭ - 50 мм/ч.

Анализ крови на сахар: 4,5 ммоль/л. ПТИ – 85%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 85,2 г/л,  альбумины - 53%, глобулины: α1-4%, α2-9%, β-12%, γ-22%; билирубин - 12,5 мкмоль/л, холестерин - 4,5 ммоль/л. СРБ ++, сиаловые кислоты – 2,99 ммоль/л (норма 2-2,33 ммоль/л).

Определение антигена гистосовместимости HLA - B27 (+)

Иммуноферментный анализ крови на IgM ревматоидного фактора - 12,5 ЕД/мл (норма до 20 ЕД/мл); ЦИК - 80 ед (норма 1-30 ед).

Общий анализ мочи: без изменений.

Рентгенограмма костей таза: наличие признаков двустороннего сакроилеита - сужение крестцово-подвздошных суставных щелей с единичными эрозиями суставных поверхностей крестцово-подвздошных сочленений.

На рентгенограммах коленных суставов определяется сужение суставной щели, единичные костные эрозии.

На рентгенограммах тазобедренных суставов отмечается остеопороз, сужение суставной щели, деструкция суставных поверхностей головки бедренной кости и костей, образующих вертлужную впадину.

Рентгенограммы пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2-х проекциях: наличие симптома «квадратизации» позвонков, синдесмофитоз по передней поверхности позвонков, оссификация передней продольной связки, значительное сужение  межпозвонковых суставных щелей.

ЭКГ: вертикальная позиция сердца.

Консультация невропатолога: положителен симптом «прямой доскообразной спины», болезненность паравертебральных точек, остистых отростков и связок позвоночника при надавливании, симптом Ласега положительный с обеих сторон. Болевая и тактильная чувствительность сохранена. В позе Ромберга устойчив.

ДИАГНОЗ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

**Задача №4**

Пациент К., 53 года, шофер, предъявляет жалобы на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью) и в обоих тазобедренных суставах, утреннюю скованность до 40 мин, проходящую после физических упражнений.

Считает себя больным с 35 лет после автомобильной аварии, в которой перенес компрессионный перелом L4. После этого появились недомогание, снижение аппетита, боли в пояснице и крестце (особенно ночью). Позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры тела до 37,5ºС.

*Объективно:* Состояние удовлетворительное, положение активное. Температура тела 37,3ºС. Отмечается изменение осанки: «поза просителя», сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, в паравертебральных точках и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль. Положительны симптомы Кушелевского I и II, Отта, Шобера. Проба подбородок-грудина – 5 см (в норме 0 см). Экскурсия грудной клетки – 100-96 см (4 см). Со стороны систем внутренних органов изменений не выявлено. АД 150/100 мм рт.ст. Пульс 74 удара в минуту.

*Данные лабораторно-инструментального обследования:*

Клинический анализ крови: гемоглобин - 122 г/л, эритроциты – 4,2 х1012/л, лейкоциты – 10х109/л, эозинофилы – 2%, п/я - 1%, с/я - 63%, моноциты - 4%, лимфоциты - 30%, СОЭ - 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

СРБ +, РФ отрицательный, HLA-B27 положительный.

Определение антигена гистосовместимости  HLA-B27: результат положительный.

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Рентгенограмма позвоночника и тазобедренных суставов: спондилёз, двусторонний сакроилеит, частичный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений.

Консультация офтальмолога: без патологии (в пределах возрастной нормы).

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ С ОБОСНОВАНИЕМ ВЫБОРА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

**Задача №5**

Больной Д. 28 лет поступил в III терапевтическое отделение с жалобами на резкие боли в правом коленном и голеностопных суставах, выделения из мочеиспускательного канала слизисто-гнойного характера, резь и учащение мочеиспускания, обильные выделении из правого глаза, слезотечение, светобоязнь.

Заболевание связывает со случайной половой связью, после которой появились выделения из мочеиспускательного канала, через 3 недели боли в суставах и воспаление правого глаза.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа над суставами правой ноги пигментирована, отмечается отек мягких тканей и суставов, резкое ограничение движений в суставах из-за болей. Отек, гиперемия век правого глаза, склеры инъецированы, глазная щель сужена, слезотечение.

В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясны, ритм правильный, умеренная тахикардия, пульс 92 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Из мочеиспускательного канала при надавливании обильные выделения слизито-гноиного характера.

ОАК Er – 4.2 млн., Hb-123 г/л, L -9.7 тыс. э-1, п-9, с-72, Л-12, М-7. Мазок из мочеиспускательного канала – лейкоциты в большом количестве. Обнаружены хламидии, гонококки не обнаружены, при исследовании антигенов системы HLA выявлен тип В 27.

**Вопросы:**

1.Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение.

**Задача №6**

Больной 22 лет поступил с жалобами на резь и боль при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры, озноб, повышение температуры до 39 градусов, боль в правом коленном суставе, усиливающуюся при движении. Заболел 15 дней тому назад, начало заболевания связывает со случайной половой связью, после чего появились резь при мочеиспускании, гнойные выделения из мочеиспускательного канала, повысилась температура и появились боль, покраснение и припухлость в правом коленном суставе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, положение малоактивное, обусловлено болевым синдромом. На коже спины многочисленные геморрагически-папулезные высыпания. Кожа над правым коленным суставом гиперемирована, отмечается припухлость и ограничение движений в суставе. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясны, ритм правильный. Пульс 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Губки наружного отверстия мочеиспускательного канала отечные, гиперемированы, при пальпации болезненны.

**Вопросы:**

1.Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение.

**Задача №7**

Больной Ю. 53 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений.

Анамнез: болеет с 35 лет, вначале появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°С.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 150/100 мм рт. ст. ЧСС - 74 удара в минуту. ЧДД - 18 в минуту. Температура тела 37,3°С. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставов. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера – 65 см, Форестье - 22 см, проба подбородок-грудина – 5 см, экскурсия грудной клетки - 100-96 см (4 см).

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленениях: Деформирующий спондилѐз, двусторонний сакроилиит, стадия 3.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,2×1012/л, Hb - 122 г/л, тромбоциты - 220×109 /л, лейкоциты - 10×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 18 мм/ч.

Иммунологические тесты: С-реактивный белок – 5 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный.

Общий анализ мочи – норма.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой будет Ваша тактика лечения данного заболевания?

5. Каким препаратам следует отдать предпочтение при наличии у пациента внеаксиальных проявлений заболевания?

**Тема 4. Основные синдромы и симптомы при функциональных и органических заболеваниях органов пищеварения**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОРАЖАЮТСЯ

А) мышечный слой и серозная оболочка

Б) слизистый и подслизистый слои

В) все слои кишечника

Г) подслизистый и мышечный слои

2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) фиброколоноскопия

Б) ирригоскопия

В) магнитно-резонансная томография

Г) исследование кала на скрытую кровь

3. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

А) фиброколоноскопии

Б) ректального пальцевого исследования

В) ирригографии

Г) ректороманоскопии

4. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) курение

Б) нарушение диеты

В) Helicobacter pylori

Г) нарушение моторики желудка

5. ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ БОЛЕЕ (НЕДЕЛЯ)

А) 4-6

Б) 8-10

В) 2-4

Г) 6-8

6. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) «чаши» Клойбера

Б) высокое стояние диафрагмы

В) пневматизация кишечника

Г) свободный газ в брюшной полости

7. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) ингибиторы протоновой помпы

Б) H2-блокаторы гистамина

В) спазмолитические средства

Г) сукралфат и его аналоги

8. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) антациды

Б) холекинетики

В) спазмолитики

Г) ингибиторы протоновой помпы

9. ПРИ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ТОШНОТЕ, ИЗЖОГЕ, ОТРЫЖКЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

А) эзофагогастродуоденоскопию

Б) клинический анализ крови

В) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Г) компьютерную томографию органов брюшной полости

10. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) рентгенологический

Б) эндоскопический с биопсией

В) ультразвуковой

Г) исследование кала на скрытую кровь

11. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ Н. PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ

А) цитологический тест в мазке-отпечатке

Б) быстрый уреазный тест в биоптате

В) микробиологический тест

Г) выявление диагностического титра антител к H. pylori

12. В СХЕМУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ Н. PYLORI ВХОДИТ

А) Левофлоксацин

Б) Амоксициллин

В) Тетрациклин

Г) Ципрофлоксацин

13. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ

А) органические изменения

Б) функциональные расстройства

В) наследственные нарушения

Г) аномалии

развития кишечника

14. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА» ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ

А) наличии крови в кале

Б) стуле чаще 3 раз в неделю

В) чувстве неполного опорожнения кишечника

Г) стуле реже 3 раз в неделю

15. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ

А) эластазы кала

Б) липазы кала

В) эластазы крови

Г) липазы крови

16. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛНОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И

А) иммуногистохимического подтверждения

Б) гистологического подтверждения

В) исключения других заболеваний

Г) ирригоскопического подтверждения

17. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭЛАСТАЗЫ КАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ ДЛЯ

А) оценки степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

Б) дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний и хронического панкреатита

В) оценки степени инкреторной недостаточности поджелудочной железы

Г) диагностики повреждения островкового аппарата поджелудочной железы

18. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

А) ЭГДС

Б) дуоденальное зондирование

В) обзорную рентгенографию органов брюшной полости

Г) УЗИ органов брюшной полости

19. В ЛЕЧЕНИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

А) спазмолитики

Б) прокинетики

В) желчегонные препараты

Г) панкреатические ферменты

20. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ С СИНДРОМОМ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

А) антисекреторные препараты

Б) прокинетики

В) анальгетики

Г) спазмолитики

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение абдоминальной боли, классификация.
2. Механизм возникновения абдоминальной боли.
3. Алгоритм обследования пациента с абдоминальной болью.
4. Дифференциальная диагностика абдоминальных болей органической природы (язвенная болезнь, холецистит, панкреатит, тромбоэмболия мезентериальных сосудов, болезнь Крона, кишечная непроходимость).
5. Функциональные заболевания ЖКТ, классификация.
6. Определение функциональной боли в животе.
7. Функциональная диспепсия (определение, клинические варианты и их диагностические критерии, симптомы «тревоги», методы исследования при постановке диагноза, лечение).
8. Расстройства функции желчного пузыря и сфинктера Одди (определение функциональных заболеваний желчных путей,классификация, клиника, диагностика, лечение).
9. Синдром раздраженного кишечника (определение, классификация, клиника, симптомы «тревоги», диагностика, дифференциальная диагностика, основные принципы лечения).
10. Функциональный запор (определение, диагностические критерии, клиника, симптомы «тревоги», лечение).
11. Функциональная диарея (определение, диагностические критерии, клиника, лечение).

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1**

Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лѐгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезѐнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×1012/л, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×1012/л, лейкоциты – 7,0×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

**Вопросы:**

1. Высказать предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обосновать поставленный Вами диагноз.

3. Составить и обосновать план дополнительного обследования.

4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №2**

Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приѐмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – приѐм острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приѐма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приѐма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налѐтом. В лѐгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рѐберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×109 /л, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%,

анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счѐт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

**Вопросы:**

1. Предположить наиболее вероятный диагноз.

2. Обосновать поставленный Вами диагноз.

3. Составить план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составить план лечения данного пациента.

**Задача №3**

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приѐма пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налѐтом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезѐнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л. - 1, лейкоциты – 6,5×109 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледнорозового цвета. Выявлен Helicobacter pylori

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте диагноз.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

5. Перечислите основные принципы лечения.

**Задача №4**

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приѐма жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-жѐлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,3×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×109 /л, лейкоциты – 10,3×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%.

Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.

Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

**Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Оцените данные копрограммы

3. Сформулируйте диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?

5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

**Задача №5**

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приѐмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 5,2×109 /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют чѐткие границы, гиперемированы, отѐчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии.

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

3. Показания к госпитализации.

4. Осложнения данного заболевания.

5. Назначьте лечение.

**Задача №6**

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рѐберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется.

Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дифференциального диагноза.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор

**Задача №7**

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах.

Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рѐберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - 11×109 /л, тромбоциты - 350×109 /л, СОЭ - 30 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дифференциального диагноза.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

**Задача №8**

Больная С. 47 лет на приѐме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулѐзного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м2 . Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лѐгких определяется лѐгочный звук. Аускультативно дыхание жѐсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налѐтом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Вопросы:**

* 1. Сформулируйте предварительный диагноз.
  2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
  3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
  4. Определите тактику лечения больного.
  5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

**Задача №9**

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°С ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°С. Доставлен в приѐмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отѐчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменѐн. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°С, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2 раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лѐгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налѐтом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотнѐнная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - 3,2×1012/л, лейкоциты - 12,6×109 /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма -20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всѐм протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Каков прогноз при данном заболевании?

**Задача №10**

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трѐх лет, после развода с мужем.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Тема 5. Симптоматика мочевого и отечного синдромов. Алгоритм диагностики и лечения.**

**Зачет (компьютерное тестирование).**

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Тестирование (письменный входной контроль знаний).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Типовые тестовые задания*

Выбрать один правильный ответ.

1. К ФАКТОРАМ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЫЗЫВАЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ, ОТНОСЯТ

А) комплемент

Б) В-лимфоциты

В) тучные клетки

Г) эозинофилы

2. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ОТРАЖАЕТ УРОВЕНЬ

А) мочевины

Б) остаточного азота

В) креатинина

Г) мочевой кислоты

3. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) пиелонефрит

Б) острая сердечная недостаточность

В) инфаркт миокарда

Г) ) тромбоэмболия легочной артерии

4. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) выявление антител к базальной мембране клубочков

Б) выявление бактериурии

В) наличие гематурии

Г) наличие протеинурии

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВАЖНЕЙШИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

А) отѐков

Б) уровня сывороточного альбумина ниже 30 г/л

В) суточной протеинурии более 3,5 г

Г) гиперхолестеринемии

6. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

А) поликистоз почек

Б) гломерулонефрит

В) миеломная болезнь

Г) диабетическая нефропатия

7. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ПОЧКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

А) компьютерную томографию

Б) ультразвуковое исследование

В) объективный осмотр

Г) экскреторную рентгенографию

8. НАРУШЕНИЕ КАНАЛЬЦЕВОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ УДЕЛЬНОМ ВЕСЕ МОЧИ В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ 1012-1010 СООТВЕТСТВУЕТ

А) изостенурии

Б) гипостенурии

В) нормостенурии

Г) гиперстенурии

9. ОПИСАНИЮ «FACIES NEPHRITICA» СООТВЕТСТВУЕТ

А) одутловатое, цианотичное лицо, с набуханием вен шеи, выраженным цианозом и отеком шеи

Б) выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей

В) мертвенно-бледное лицо с сероватым оттенком, запавшими глазами, заостренным носом, с каплями холодного профузного пота на лбу

Г) одутловатое, бледное лицо с отеками под глазами, припухшими веками, узкими глазными щелями

10. ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

А) ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сут

Б) увеличение потребления хлорида натрия

В) увеличение количества потребляемой жидкости

Г) повышение потребления К+-содержащих продуктов

11. ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНЫ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРИ

А) снижении уровня креатинина

Б) симптомной гипертензии

В) декомпенсации хронической сердечной недостаточности

Г) двустороннем стенозе почечных артерий

12. ПОД ПРОБОЙ НЕЧИПОРЕНКО ПОНИМАЮТ

А) определение концентрационной функции почек

Б) подсчет количества форменных элементов в единице объема мочи

В) определение количества форменных элементов в минутном объеме мочи

Г) определение неорганических веществ в моче

13. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТНОСЯТСЯ

А) глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, антикоагулянты

Б) антиагреганты, антикоагулянты, антибиотики

В) белковые препараты, мочегонные

Г) глюкокортикоиды, антикоагулянты, антибиотики

14. СОЧЕТАНИЕ ПРОТЕИНУРИИ, ЭРИТРОЦИТУРИИ, ГИПОПРОТЕИНЕМИИ, ОТЕКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) острого гломерулонефрита

Б) мочекаменной болезни

В) пиелонефрита

Г) амилоидоза почек

15. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДВУСТОРОННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) отека почек

Б) хронической почечной недостаточности

В) гидронефроза

Г) мочекаменной болезни

16. СИМПТОМОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

А) гиперпротеинемия

Б) гипопротеинемия

В) гематурия

Г) артериальная гипертензия

17. БОЛЬНОЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ В СУТКИ СОЛИ (Г)

А) 5-6

Б) 1-3

В) 8-9

Г) 11-12

18. К МАЛОВЕРОЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ

А) отеки

Б) лихорадку

В) боли в поясничной области

Г) частое мочеиспускание

19. ПРИЧИНОЙ МАССИВНОГО ОТЕЧНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОЙ С АГ И СД, ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЕЙ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ СКОРЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

А) сердечной недостаточности

Б) нарушений водно-электролитного баланса

В) нефротического синдрома

Г) гипотиреоза

20. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ОСАДКЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЦИЛИНДРЫ

А) эпителиальные

Б) гиалиновые

В) восковидные

Г) жироперерожденные

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение мочевого синдрома, классификация.
2. Гематурия, определение, виды гематурии.
3. Протеинурия, определение, виды протеинурии.
4. Цилиндрурия, определение, виды цилиндров.
5. Лейкоцитурия, определение, причины лейкоцитурии, её виды.
6. Бактериурия, определение, причины бактериурии.
7. Соли в моче, виды, причины.
8. Изменение объема мочи и частоты опорожнения, воздействующие факторы.
9. Никтурия, определение, причины.
10. Олигурия, определение, виды
11. Полиурия, определение, причины.
12. Дизурия, определение, причины дизурии.
13. Диагностика мочевого синдрома.
14. Основные синдромы при заболеваниях почек, их клинико-лабораторные проявления.
15. Тактика ведения пациентов при различных синдромах.
16. Лечение мочевого синдрома.
17. Нефротический синдром, определение, механизм возникновения.
18. Проявления нефротического синдрома.
19. Дифференциально-диагностические признаки отечного синдрома различного генеза.
20. Лечение отечного синдрома.

**Форма текущего контроля** **успеваемости**

*Решение ситуационных задач (case-заданий).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Ситуационные задачи (case-задания).*

**Задача №1**

Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отёков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печѐночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 10,8×109 /л, СОЭ – 70 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевина – 5,6 мкмоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м2 по CKD-EPI, титр АСЛ-О – 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоѐв паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назовите план обследования пациента.

4. Назначьте необходимую терапию.

5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

**Задача №2**

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отѐки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал Преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отѐки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в минуту.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,4×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - 5,4×109 /л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.

2. Сформулируйте предположительный диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.

5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

Задача №3

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащѐнное мочеиспускание, озноб.

Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°С. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отѐков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – 4,5×1012/л, лейкоциты – 18,5×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.

5. Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии.

**Задача №4**

Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у врача-педиатра участкового около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м2, кожа бледная, сухая, имеются следы расчёсов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отѐков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,2×1012/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – 5,2×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, лимфоциты – 23%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевина крови – 11 ммоль/л.

В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле CKD-EPI) – 55 мл/мин.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.

3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?

4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

**Задача №5**

Пациентка 52 лет страдает железодефицитной анемией и принимает по поводу этого заболевания препараты железа (II). В связи с обострением хронического пиелонефрита пациентке назначен Ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки. Оба препарата больная принимала одновременно. Через 5 дней от начала приѐма Ципрофлоксацина сохраняется субфебрильная лихорадка, поллакиурия.

**Вопросы:**

1. Каковы возможные причины неэффективности антибиотикотерапии?

2. Какие исследования необходимо выполнить дополнительно?

3. По данным бактериологического анализа мочи выделена Escherichia coli, чувствительная к Ципрофлоксацину. С чем связана неэффективность лекарственной терапии?

4. Каковы будут Ваши дальнейшие рекомендации по лечению?

5. Какова длительность приѐма препаратов железа?

**Задача №6**

Пациент Н. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на ухудшение в течение последних 2 недель состояния: повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст., слабость, потливость, ноющие боли в поясничной области, повышение температуры до 37,8 °С к вечеру, небольшая пастозность век и лица по утрам.

В течение последних 2 месяцев принимает Диклофенак в дозе 150 мг в сутки от болей в суставах (страдает остеоартрозoм).

Анализ крови: СОЭ - 30 мм/ч, лейкоциты - 6500, Нв - 112 г/л.

Анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, 1003, кислая; белок - 0,33%; эритроциты - 5-6 в поле зрения; лейкоциты - 10 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. В чѐм возможная причина этих клинических проявлений?

2. Какие дополнительные исследования для уточнения диагноза Вы назначите?

3. Какие будут Ваши рекомендации до получения результатов дообследования?

4. Какие возможны побочные эффекты при приѐме нестероидных противовоспалительных препаратов?

5. Какую группу антигипертензивных препаратов Вы назначите этому пациенту, учитывая возможный приѐм нестероидных противовоспалительных средств?

Задача №7

У больной 35 лет, находившейся на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни, повысилась температура до 39 ºС, озноб, симптом поколачивания резко положительный. В общем анализе мочи признаки инфекции мочевых путей.

Поставлен диагноз «острый пиелонефрит» на фоне мочекаменной болезни, в баклабораторию отправлен материал для посева.

**Вопросы:**

1. Препарат какой группы антибактериальных химиотерапевтических средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

2. Через 2 дня антибиотикотерапии клинический эффект незначительный, бактериологически выяснено, что кишечная палочка – продуцент ß-лактамаз расширенного спектра, разрушающего все пенициллины и цефалоспорины. Предложите выбор антибиотика.

3. Данные бактериологического анализа показали чувствительность кишечной палочки к Имипенему и Меропенему. Какой из них назначить больной?

4. На 4 день применения Меропенема появилась крапивница, отѐк Квинке, в связи с чем препарат отменѐн. Предложите замену препарата.

5. Какой длительности должен быть курс антибиотикотерапии при осложнѐнном пиелонефрите?

Задача №8

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный жѐлтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара 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.

В анализах крови: эритроциты - 4,57×1012/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×109 /л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×109 /л, СОЭ - 26 мм/час.

Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХСЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 58 мл/мин, мочевина – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л.

В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет жѐлтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг.

УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменѐн. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

**Задача № 9**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты - 8,9×109 /л, СОЭ - 36 мм/час, мочевина - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м2 .

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

**Задача №10**

Больной К. 49 лет, экономист, жалуется на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., инспираторную одышку и чувство сердцебиения при незначительной физической нагрузке, сердце, отѐки верхних и нижних конечностей. Из анамнеза известно, что 5 лет назад через 2 недели после проведения вакцинации у пациента в течение нескольких дней отмечалась макрогематурия. Из-за занятности за медицинской помощью не обращался. Сохранялось удовлетворительное самочувствие. Последние полгода отмечена артериальная гипертензия, до 190/100 мм рт. ст. Неделю назад отметил боль в ротоглотке при глотании, однократное повышение температуры тела до 38,0 °С градусов, не лечился. Одновременно заметил отѐки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесѐнные заболевания: частые ОРЗ, ангины. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 183 см, масса тела - 90 кг. Температура тела - 36,2 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отѐчны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отѐки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный лѐгочный звук. Частота дыхания - 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжѐн. При аускультации: тоны сердца ясные, числом два, ритм правильный, акцент II тона над аортой, АД - 180/100 мм рт. ст. Слизистая задней стенки глотки и мягкого нѐба бледно розовая, чистая. Нѐбные миндалины не увеличены, слизистая их бледно-розовая чистая, лакуны их свободные. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации, передняя брюшная стенка отѐчна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезѐнка не увеличена. Поясничная область отѐчна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,8×1012/л, лейкоциты - 5,8×109 /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016, белок – 6,5 г/л, эпителий - ед. в поле зрения, эритроциты - 15-20 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые - 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-2 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 ммоль/л, мочевина - 7,3 ммоль/л., креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 14,2 ммоль/л, калий - 3,8 ммоль/л, общий белок - 50 г/л., альбумин- 25 г/л.

Суточная протеинурия - 10,2 г, диурез - 900 мл.

Белки мочи методом эл/фореза: А - 80%, Г - 20%.

УЗИ почек, мочевого пузыря: правая почка - 120×56 мм, паренхима - 20 мм, левая почка - 118×54 мм, паренхима – 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объѐмные образования не выявлены. Мочевой пузырь б/о.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).

2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача №11**

Больная П. 40 лет, медсестра, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически учащѐнное болезненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области без иррадиации, головную боль, слабость. Считает себя больной в течение 8 лет. Боли в поясничной области связывает с физическим перенапряжением. В течение последних 3 дней ощущает периодическое «познабливание».

Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - 37,3°С. При перкуссии над всеми лѐгочными полями ясный лѐгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 155/95 мм рт. ст., ЧСС - 84 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезѐнка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,9×1012/л, гемоглобин - 107 г/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – 10,2×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 38%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,04%, лейкоциты - 12-16 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, бактериурия.

Моча по Нечипоренко: эритроциты - 1,2×106 /л, лейкоциты – 8,0×106 /л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 86 в мин. ЭОС - расположена полувертикально. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: лѐгочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, расширение границ сердца влево.

**Вопросы**:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).

2. Составьте план дифференциальной диагностики.

3. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.

4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.

5. Составьте программу лечения.

**Задача №12**

Больная Ш. 50 лет, дворник, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, одышку, выраженную слабость. Мочеиспускание ночью 3 раза, безболезненное.

Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад было диагностировано хроническое заболевание почек. На момент постановки диагноза пациентку беспокоили общая слабость, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., были выявлены изменения в моче (гематурия), после чего больная не обследовалась и не лечилась. В течение последних 6 месяцев отмечает стойкое повышение АД, снижение остроты зрения.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания, рост - 162 см, вес - 47 кг. Кожные покровы бледные сухие, со следами расчѐсов. ЧД - 18 в мин. В лѐгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 170/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см от правого края грудины, верхняя по III межреберью, левая – на 1,5 кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, в области верхушки сердца и во II межреберье справа мягкий систолический шум. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии. Печень, селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

В анализах.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 106 г/л, цветовой показатель – 0,78, лейкоциты – 9,2×109 /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%. СОЭ - 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,0 ммоль/л, мочевина - 20,2 ммоль/л, креатинин - 0,54 ммоль/л, общий белок - 55 г/л, калий - 5,2 ммоль/л, СКФ - 25 мл/мин.

В суточной моче: диурез - 650 мл/сут, белок - 1,659 г/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз болезни и дальнейшей тактики ведения пациента.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **реферат** | Оценка «5 баллов» выставляется, если обучающимся выполнены все требования к написанию реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, использованы современные источники литературы (преимущественно последних 5 лет). |
| Оценка «4 балла» выставляется, если обучающимся выполнены основные требования к реферату, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении, использованы многочисленные источники литературы, опубликованные ранее, чем за последние 5 лет. |
| Оценка «3 балла» выставляется, если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата; отсутствуют ряд пунктов в структуре оформления (введение, заключение, список литературы); использована литература, опубликованная ранее, чем 10 лет назад, либо отсутствует. |
| Оценка «2 балла» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не соблюдены требования к структуре и оформлению реферата. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если реферат не выполнен. |
| **тестирование** | Оценка «5 баллов» выставляется, если обучающийся дал *правильные ответы* на все 3 предложенных тестовых задания; на итоговом занятии 1 модуля – при условии 91-100% правильных ответов на 12 тестовых заданий (допускается 1 ошибка). |
| Оценка «4 балла» выставляется при условии *2 правильных ответов* на 3 предложенных тестовых задания; на итоговом занятии 1 модуля – при условии 81-90% правильных ответов на 12 тестовых заданий (наличие 2 ошибок). |
| Оценка «3 балла» выставляется при условии *1 правильного ответа* на 3 предложенных тестовых задания; на итоговом занятии 1 модуля – при условии 71-80% правильных ответов на 12 тестовых заданий (наличие 3 ошибок). |
| Оценка «2 балла» выставляется при условии, что все ответы на 3 предложенных тестовых задания, *неправильные;* на итоговом занятии 1 модуля – при условии менее 71% правильных ответов на 12 тестовых заданий (наличие 4 и более ошибок). |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если обучающийся не явился на тестирование. |
| **устный опрос** | Оценкой «5 баллов» оценивается ответ, который показывает глубокое и полное овладение содержанием учебного материала, в котором обучающийся легко ориентируется, понятийным аппаратом, грамотное, логическое изложение ответа в устной форме. |
| Оценкой «4 балла» оценивается ответ, свидетельствующий, что обучающийся полно освоил учебный материал, владеет понятийным аппаратом, ориентируется в изученном материале, но содержание, форма ответа имеют отдельные неточности. |
| Оценкой «3 балла» оценивается ответ, если обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий. |
| Оценкой «2 балла» оценивается ответ, свидетельствующий, что обучающийся имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если обучающийся не явился. |
| **решение ситуационных**  **задач (case-заданий)** | Оценка «5 баллов» выставляется за умение обучающегося связывать теорию с практикой, правильное решение case-заданий с обоснованием своего суждения. |
| Оценка «4 балла» выставляется, если обучающийся осознанно применяет знания для решения case-заданий, грамотно излагает ответ, но содержание или форма ответа имеет отдельные неточности. |
| Оценка «3 балла» выставляется, если обучающийсядопускает неточности в решении case-заданий, не умеет доказательно обосновать свои суждения. |
| Оценка «2 балла» выставляется, если обучающийся не может решить case-задания. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если обучающийся отсутствовал при выполнении case-заданий. |
| **собеседование** | Оценка «5 баллов» выставляется, если обучающийся дал правильные ответы на поставленные в case-заданиях вопросы, представил аргументацию. |
| Оценка «4 балла» выставляется, если форма ответа обучающегося на case-задания имела отдельные неточности или содержание ответа было дано не в полном объеме. |
| Оценка «3 балла» выставляется, если обучающийся допускает несколько ошибок или неточностей в решении case-заданий, не умеет доказательно обосновать свои суждения. |
| Оценка «2 балла» выставляется, если обучающийся плохо понимает суть case-заданий, не способен логично и аргументировано решать их, дает неверные ответы. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если обучающийся не явился на собеседование. |

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

Промежуточная аттестация по дисциплине (зачет) проводится в форме тестирования.

Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета. Тестовая база включает 529 тестовых заданий закрытого типа.

1. Научной основой профилактики хронических неинфекционных заболеваний является концепция

Факторов риска

Здорового образа жизни

Борьбы с вредными привычками

Индивидуальной профилактики

2. По результатам диспансеризации формируется

4 группы

3 группы

2 группы

1 группа

3. Краткое профилактическое консультирование на заключительном этапе диспансеризации проводит

Врач отделения медицинской профилактики

Врач-терапевт участковый

Врач дневного стационара

Врач-кардиолог поликлиники

4. Краткое профилактическое консультирование занимает \_\_\_ минут

60

30

10

5

5. Инвалидность I группы устанавливается на

2 года

1 год

3 года

бессрочно

6. Инвалидность II группы устанавливается на

2 года

3 года

1 год

бессрочно

7. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в

Процентах

Долях от целого

Десятичных долях

Субъективных характеристиках

8. Вероятной причиной анемии у мужчины 55 лет, перенесшего 7 лет назад резекцию желудка (в мазке крови макроцитоз), является дефицит

Железа

Цианкобаламина

Эритропоэтина

Пиридоксина

9. Основной целью антихеликобактерной терапии при язвенной болезни является

Ускорение рубцевания язвы

Уменьшение выраженности болевого синдрома

Уменьшение риска прободения язвы

Снижение частоты рецидивов

10. При отсутствии поступления с пищей витамина в12 клинические проявления дефицита витамина в12 развиваются через

3-4 месяца

5-8 месяцев

9-12 месяцев

4-5 лет

11. Наиболее частым возбудителем бактериальных осложнений при ХОБЛ является Пневмококк

Гемофильная палочка

Стафилококк

Микоплазма

12. На наличие холестаза указывают

Повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина

Повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы

Снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена

Увеличение амилазы, общего белка, креатинина

13. Основным клиническим признаком холестаза является

Спленомегалия

Асцит

Кожный зуд

Гепатомегалия

14. При синдроме раздраженной кишки отмечаются

Наследственные нарушения

Функциональные расстройства

Органические изменения

Аномалии развития кишечника

15. Диагноз синдрома раздраженного кишечника исключается при

Стуле чаще 3 раз в неделю

Чувстве неполного опорожнения кишечника

Стуле реже 3 раз в неделю

Наличии крови в кале

16. Уровнем артериального давления, характерным для артериальной гипертензии I степени, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

150/100

160/100

150/95

160/95

17. Уровнем артериального давления, характерным для артериальной гипертензии II степени, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

170/100

180/90

180/95

160/110

18. Уровнем артериального давления, характерным для артериальной гипертензии III степени, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

175/105

165/95

170/100

170/115

19. Для артериальной гипертензии наиболее характерно

Снижение сердечного выброса

Повышение сердечного выброса

Снижение общего периферического сопротивления

Увеличение центрального венозного давления

20. Уровнем триглицеридов, являющимся фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, является \_\_\_\_\_ ммоль/л

1,0

1,2

1,7

0,7

21. Кратность измерения артериального давления при одном визите к врачу составляет

2

1

3

4

22. Перед измерением артериального давления рекомендуется исключить курение в течение \_\_\_\_\_\_час

2,5

0,5

1,5

2

23. К ассоциированному клиническому состоянию при артериальной гипертензии относится

Аортальный стеноз

Аортальная недостаточность

Расслаивающая аневризма аорты

Трикуспидальная недостаточность

24. Пороговый уровень офисного артериального давления для диагностики артериальной гипертензии составляет\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

130/80

135/85

145/90

140/90

25. Дополнительным методом обследования больных артериальной гипертензией, устанавливающим наличие и тяжесть поражения органов-мишеней, является

Оценка состояния глазного дна

Суточная экскреция с мочой кортизола

Содержание альдостерона в крови

Суточная экскреция адреналина

26. При артериальной гипертензии на электрокардиограмме отмечается зубец

RV4>RV5,V6

RV5,V6>RV4

S1>R1

RIII>RI

27. Больные артериальной гипертензией с высоким и очень высоким риском считаются при наличии \_\_\_\_\_\_\_\_\_синдрома

Астено-вегетативного

Диспептического

Метаболического

Постхолецистэктомического

28. Артериальная гипертензия при феохромоцитоме обусловлена

Повышением секреции ренина

Избыточной секрецией минералокортикоидов

Повышением образования ангиотензина

Повышением секреции катехоламинов

29. При проведении дифференциального диагноза гипертонической болезни с синдромом Иценко-Кушинга наиболее специфичным методом является определение

Тиреотропина

Ренина

17-оксикортикостероида

Креатинина

30. Внезапное появление головной боли, резкое повышение артериального давления, тахикардия, после приступа - полиурия характерны для

Феохромоцитомы

Синдрома Кона

Синдрома Иценко-Кушинга

Климактерического синдрома

31. Учетная форма N 025/у «медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»

Ведется на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения

Заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку)

Заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение

Заполняется только при первом и завершающем посещении пациента

32. При обращении к врачу-терапевту участковому в пункте 19 учетной формы N 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» необходимо выбрать пункт

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь

Первичная врачебная медико-санитарная помощь

Первичная специализированная медико-санитарная помощь

Паллиативная медицинская помощь

33. В форме N 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» подлежат учету

Случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи

Обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации

Случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях

Посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием

34. При заполнении учетной формы N 030/у «контрольная карта диспансерного наблюдения» номер карты должен соответствовать номеру

Страхового медицинского полиса пациента

СНИЛС пациента

«Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у)

«Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)

35. Учетная форма N 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг» по завершении отчетного периода подписывается

Врачом-терапевтом участковым и специалистом организационно-методического кабинета

Главным врачом

Председателем врачебной комиссии

Заместителем главного врача по организационно-методической работе

36. «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (форма N 070/у), выдаваемая лицу, имеющего право на получение социальных услуг, заверяется подписью

Лечащего врача

Главного врача

Председателя врачебной комиссии

Заместителя главного врача по организационно-методической работе

37. Обратный (отрезной) талон «Справки для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (форма N 070/у) заверяется подписью

Лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации

Заместителя главного врача по организационно-методической работе санаторно-курортной организации

Председателя врачебной комиссии

Лечащего врача организации, направившей пациента на лечение

38. Гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг (приказ МЗ и СР РФ от 22.11.2004 г. № 255) в схеме обязательного диспансерного наблюдения патронаж участковой медицинской сестры проводится 1 раз в

6 месяцев

3 месяца

Год

Месяц

39. «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (учетная форма N 057/у-04) подписывается

Главным врачом

Заместителем главного врача по лечебной работе

Председателем врачебной комиссии

Заведующим отделением

40. Учетная форма N 039-1/у-06 «Дневник учета работы медицинской сестры участковой» заполняется медицинской сестрой участковой

Ежедневно

Раз в неделю

Раз в месяц

Раз в квартал

41. При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности

Сроком не более 5 дней

Сроком не более 10 дней

Сроком не более 15 дней

На весь срок лечения

42. Разрешение на продление листка нетрудоспособности более 15 дней определяется

Врачебной комиссией

Лечащим врачом

Главным врачом

Заместителем главного врача по клинико-экспертной работе

43. Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования

Инвалидам I группы

Детям-инвалидам

Инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами

Инвалидам по профессиональному заболеванию

44. В случаях травм, реконструктивных операций и лечении туберкулеза при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе граждане направляются на медико-социальную экспертизу не позднее \_\_\_\_\_ месяцев

12-ти

4-х

10-ти

3-х

45. Наиболее частой причиной развития острого миокардита являются

Бактериальные инфекции

Вирусные инфекции

Грибковые инфекции

Воздействия токсинов

46. При развитии инфаркта миокарда нормализация содержания МВ КФК в крови наблюдается через

1 сутки

5-6 суток

14 суток

2-3 суток

47. Самой частой причиной коронарной недостаточности является

«Мышечный» мостик

Коронариит

Атеросклероз коронарных артерий

Гипертрофия левого желудочка

48. Целевым значением ЛПНП для пациентов с СД 2 типа в сочетании с ИБС является уровень < \_\_\_\_\_ ммоль/л

1,8

2,0

2,5

3,0

49. К модифицируемым факторам риска развития атеросклероза относится

Возраст

Сахарный диабет 2 типа

Отягощенная наследственность

Мужской пол

50. В таблице SCORE для оценки сердечно-сосудистого риска отсутствует показатель

Общего холестерина

Систолического АД

Возраста

Глюкозы крови

51. Кардиоспецифическим маркером некроза миокарда является

Миоглобин

ЛДГ

Тропонин I

Общая КФК

52. При выборе ингибитора АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение

Лизиноприлу

Периндоприлу

Каптоприлу

Фозиноприлу

53. Прием сердечных гликозидов у больных ХСН противопоказан при

A-V блокаде II ст.

A-V блокаде I ст.

Фибрилляции предсердий

Синусовой тахикардии

54. Наибольший гиполипидемический эффект может быть достигнут при приеме

Розувастатина

Симвастатина

Аторвастатина

Правастатина

55. Прием статинов следует отменить при повышении активности трансаминаз в крови выше нормы в

2 раза

3 раза

4 раза

5 раз

56. К антагонистам минералкортикоидных рецепторов относится

Торасемид

Триамтерен

Эплеренон

Индапамид

57. Для язвенного колита характерно

Безрецидивное течение

Наличие частых кровотечений

Сегментарное поражение

Появление трансмуральных язв

58. Основным местом всасывания витамина B12 является

Дистальный отдел подвздошной кишки

Проксимальный отдел подвздошной кишки

Проксимальный отдел тощей кишки

Дистальный отдел тощей кишки

59. Наиболее часто встречающимся симптомом при диффузном эзофагоспазме является

Одинофагия

Дисфагия

Боль за грудиной

Регургитация

60. За лицами, переболевшими ангиной, устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца и через \_\_\_\_ проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови

1-2 дня и через 1 неделю после окончания временной нетрудоспособности

7-10 дней и через 3 недели после окончания временной нетрудоспособности

4-5 дней и через 2 недели после окончания временной нетрудоспособности

7-10 дней и через 5 недель после окончания временной нетрудоспособности

61. Частота осмотра больных стенокардией при диспансерном наблюдении составляет

1 раз в год

3 раза в год

2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести заболевания

1 раза в полгода

62. Наиболее значимым фактором риска развития хронических бронхолегочных заболеваний является

Частые вирусные инфекции дыхательных путей

Загрязнение воздуха

Гиперреактивность бронхов

Курение

63. Нормальное значение уровня общего холестерина крови у больных без риска сердечно-сосудистых заболеваний составляет меньше \_\_\_\_\_\_\_ ммоль/л

5

3

2

1

64. К третьему этапу медицинской реабилитации относят

Стационарный

Санаторно-курортный

Лечебный

Амбулаторно-поликлинический

65. Общим клиническим признаком для эмфизематозного и бронхитического фенотипов ХОБЛ является

Гиперкапния

Полицитемия

Одышка

Хронический кашель

66. К декретированной группе относятся

Работники в сфере бытового обслуживания

Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные

Учащиеся школ, студенты очного отделения

Женщины в декретном отпуске

67. В клинике гриппа ведущим является синдром

Диарейный

Гепатолиенальный

Интоксикации

Мионевралгический

68. К методам санитарно-гигиенического просвещения среди населения относится

Изготовление санитарных бюллетеней по профилактике инфекционных болезней

Беседы только с больными

Беседы только с пожилыми лицами

Беседы только по телевидению

69. B12–дефицитная анемия характеризуется

Гиперхромией, макроцитозом, цитопенией

Гипохромией, микроцитозом

Нормохромией, нормоцитозом

Наличием бластных клеток

70. Анемия, при которой отмечается снижение гемоглобина в эритроците и сыворотке крови, является

В12–дефицитной

Апластической

Железодефицитной

Аутоиммунной гемолитической

71. Круглые штампованные дефекты в эпифизах костей наблюдаются при

Подагре

Псориатическом артрите

Миеломной болезни

Системной красной волчанке

72. Для вторичной профилактики острой ревматической лихорадки бензатин бензилпенициллин назначается

1 раз в 3 недели

1 раз в 2 недели

Ежедневно

1 раз в неделю

73. Больному гипертонической болезнью с АД 170/110 мм рт. ст., у которого отмечается неконтролируемое течение бронхиальной астмы, нельзя назначить

Метопролол

Амлодипин

Моксонидин

Лозартан

74. Для коррекции гиперхолестеринемии применяется

Нитросорбит

Диклофенак

Аторвастатин

Аспирин

75. Для купирования острого приступа подагры необходимо назначить

Глюкокортикоиды, ингибиторы АПФ, колхицин

Нестероидные противовоспалительные средства, колхицин, глюкокортикоиды

Ингибиторы протоновой помпы, диуретики, глюкокортикоиды

Блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, нестероидные противовоспалительные средства

76. При митральной недостаточности наиболее характерным изменением, выявляемым при перкуссии сердца, является

Смещение границ относительной сердечной тупости вправо

Смещение границ относительной сердечной тупости вверх и влево

Треугольная форма сердца

Выраженное смещение границ относительной сердечной тупости вниз и влево

77. Изменением в крови, характерным для острой стадии инфаркта миокарда, является

Увеличение активности амилазы

Снижение коэффициента де Ритиса

Увеличение активности гамма-глутамилтрансферазы

Увеличение уровня тропонина

78. У больной 46-ти лет ночью развиваются приступы загрудинных болей, во время которых на электрокардиограмме регистрируется преходящий подъем сегмента ST. Наиболее вероятным диагнозом является

Вариантная стенокардия

Острый коронарный синдром с подъемом ST

Острый перикардит

Тромбоэмболия легочной артерии

79. Воспаление слизистой бронхов, увеличение бронхиальной секреции, кашель, одышка наблюдаются при

Остром ларингите

Остром бронхите

Острой пневмонии

Остром фиброзирующем альвеолите

80. Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при кардиогенном шоке является

Фентанил

Метамизол натрия

Кеторолак

Морфин

81. Возможными осложнениями при передозировке бета2-агонистов являются

Тахикардия, нарушения ритма

Гипокалиемия, бронхоспазм

Гиперкалиемия, сонливость

Брадикардия, гипергликемия

82. Наиболее рациональной комбинацией антигипертензивной терапии для лечения больных артериальной гипертензией с хронической сердечной недостаточностью является

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы, тиазидные диуретики

Ганглиоблокаторы, антагонисты кальция дигидропиридинового ряда, калийсберегающие диуретики

Альфа-адреноблокаторы, антагонисты кальция недигидропиридинового ряда, петлевые диуретики

Блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона, симпатолитики

83. Абсолютным противопоказанием для назначения больным артериальной гипертензией бета-адреноблокаторов является

Атриовентрикулярная блокада 1 степени

Атриовентрикулярная блокада 2-3 степени

Трепетание предсердий

Фибрилляция предсердий

84. Препаратом, блокирующим H2-гистаминовые рецепторы, является

Омепразол

Ранитидин

Метацин

Гастрофарм

85. Омепразол является

Желчегонным препаратом

Ферментным препаратом

Ингибитором протонной помпы

Блокатором Н2-гистаминовых рецепторов

86. Какое заболевание часто встречается у больных атопическим дерматитом

Хроническая обструктивная болезнь легких

Бронхиальная астма

Экзогенный аллергический альвеолит

Идиопатический легочный фиброз

87. Оценка эффективности стартовой антибактериальной терапии проводится через \_\_\_\_\_\_ часа с момента от начала лечения

12-24

25-36

48-72

6-11

88. Для лечения пневмонии, вызванной атипичными возбудителями, используется

Гентамицин

Азитромицин

Цефотаксим

Ванкомицин

89. При сочетании хронической обструктивной болезни легких и пароксизмов фибрилляции предсердий противопоказано назначение

Верапамила

Дигоксина

Этацизина

Пропранолола

90. Преимущественно на бета2-адренорецепторы легких действует

Фенотерол

Тиотропия бромид

Гликопиррония бромид

Беклометазона дипропионат

91. При железодефицитной анемии в общем анализе крови наблюдается следующая характеристика эритроцитов

Гиперхромия

Гипохромия

Микросфероцитоз

Окантоцитоз

92. Объем талии у мужчин при метаболическом синдроме составляет \_\_\_\_\_\_ см

94

92

90

78

93. Корригируемым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является

Возраст

Гиперурикемия

Дислипидемия

Пол

94. Внутриклубочковую гипертензию при хроническом гломерулонефрите снижают

Альфа-адреноблокаторы

Бета-адреноблокаторы

Ингибиторы АПФ

Дигидропиридиновые антагонисты кальция

95. Для вторичной профилактики острой ревматической лихорадки используется препарат

Гентамицин

Ампициллин

Делагил

Экстенциллин

96. При применении какого препарата может произойти увеличение частоты пульса

Метопролол

Дигоксин

Дилтиазем

Фенотерол

97. Вагусные пробы используются для купирования

Фибрилляции предсердий

Пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии

Пароксизмальной желудочковой тахикардии

Частой желудочковой экстрасистолии

98. Ключевым методом диагностики пневмоний является

Фибробронхоскопия

Компьютерная томография

Исследование функции внешнего дыхания

Рентгенография органов грудной клетки

99. Какие изменения размеров и формы эритроцитов характерны для ЖДА

Серповидные эритроциты, анизоцитоз

Мегалоциты, пойкилоцитоз

Микроциты, пойкилоцитоз

Мишеневидные эритроциты, пойкилоцитоз

100. Ведущий критерий нефротического синдрома

Протеинурия > 3,5 г/л в сочетании с гипоальбуминемией

Протеинурия > 3,5 г/л в сочетании с гиперальбуминемией

Наличие в моче белка Бенс-Джонса

Протеинурия <3,5 г/л в сочетании с гипоальбуминемией

101. Какой из перечисленных методов является основным в диагностике хронических гастритов

Рентгенологическое исследование желудка

Исследование секреторной функции желудка

Эндоскопия с прицельной биопсией

Поэтажная манометрия

102. При выявлении у больного синкопальных состояний, бледности, грубого систолического шума во 2 межреберье справа следует думать о наличии

Митральной недостаточности

Митрального стеноза

Аортального стеноза

Аортальной недостаточности

103. Для аортального стеноза характерно наличие

Систолического шума справа от грудины с проведением на шею

Систолического шума на верхушке с проведением вниз, влево

Диастолического шума над мечевидным отростком

Двойного тона Траубе на сосудах.

104. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки относят

Лихорадку

Полиартрит

Ускорение СОЭ

Удлинение интервала PQ

105. Признаком остановки сердца является

Глухие тоны сердца

Крепитация в легких

Клокочущее дыхание

Отсутствие пульсации крупных артерий

106. Основной признак инфекционного эндокардита на ЭХО-КГ

Аневризма левого желудочка

Аортальная недостаточность

Аортальный стеноз

Вегетации на створках

107. Для диагностики функционального класса хронической сердечной недостаточности наиболее простым и информативным методом является

Взвешивание

Эхо-КГ

Велоэргометрия

Дистанция 6-минутной ходьбы

108. Для постинфарктного периода характерно наличие на ЭКГ

Глубокого зубца «Q»

Монофазной кривой

Двухфазного зубца «R»

Отрицательного зубца «Р»

109. Синдром «перекреста» («ножниц») при инфаркте миокарда характеризуется

Снижением СОЭ и повышением лейкоцитов крови к концу первой недели

Снижением лейкоцитов и повышением СОЭ к концу первой недели

Лихорадкой

Изменениями на ЭКГ

110. К «респираторным» фторхинолонам относят

Ципрофлоксацин

Налидиксовая кислота

Имипенем

Левофлоксацин

111. Комбинированный ингаляционный лекарственный препарат, применение которого возможно для купирования клинических симптомов (использование по требованию) при ступенчатой терапии бронхиальной астмы, начиная с третьей ступени терапии

Салметерол/флутиказона пропионат

Оладатерол/тиотропий

Формотерол/будесонид

Индакатерол/гликопирроний

112. Клапанный порок характерным аускультативным признаком которого является диастолический шум с эпицентром во II межреберье справа от грудины

Митральная недостаточность

Аортальный стеноз

Митральный стеноз

Аортальная недостаточность

113. Повышение концентрации тропонинов у больных инфарктом миокарда определяется в течение

3-5 дней

7-14 дней

12-24 часов

2-3 месяцев

114. Основной медикаментозный метод патогенетической терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST больных, поступающих не позднее 6 часов от начала заболевания

Внутривенная инфузия нитроглицерина

Тромболитическая терапия

Внутривенная инфузия гепарина

Внутривенная инфузия селективных бета-блокаторов

115. Наиболее частой причиной кардиоэмболических инсультов являются

«Флотирующие» тромбы глубоких вен нижних конечностей

Дилатация правых камер сердца

Тромбоз в полости левого предсердия

Частые пароксизмы синусовой тахикардии

116. Наиболее часто «злокачественная» АГ возникает при симптоматической артериальной гипертонии

Реноваскулярной

При гломерулонефрите

При тиреотоксикозе

При мочекаменной болезни

117. При феохромоцитоме артериальное давление повышается вследствие гиперпродукции

Кортикостероидов

Катехоламинов

Ренина

Альдостерона

118. Какое ревматическое заболевание осложняется амилоидозом

Системная склеродермия

СКВ

Ревматоидный артрит

Дерматомиозит

119. Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома

Сывороточный альбумин ниже 30 г/л

Суточная протеинурия более 3,5 г

Гиперхолестеринемия

Отеки

120. Достоверным признаком отличия первой стадии астматического статуса от приступа бронхиальной астмы является

Рефрактерность к использованию ингаляционных бета2-агонистов

Появление цианоза носогубного треугольника

Аускультация свистящих хрипов

Изменение гемодинамических показателей

121. Необратимым механизмом бронхиальной обструкции является

Бронхоспазм

Гиперкриния

Экспираторный коллапс бронхов

Дискриния

122. Характерными изменениями спирографических показателей при обострении бронхиальной астмы является

Снижение форсированной жизненной емкости легких

Увеличение индекса Тиффно

Снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду

Снижение мощности вдоха

123. Наиболее выраженным нефропротективным эффектом при амбулаторном лечении при диабетической нефропатии обладают

Бета-блокаторы

Тиазидовые диуретики

Глюкокортикоиды

Ингибиторы АПФ

124. «Золотым стандартом» базисной терапии ревматоидного артрита в амбулаторных условиях является

Метотрексат

Сульфасалазин

Гидроксихлорохин

Д-пеницилламин

125. Выберите антифиброзный препарат для лечения диффузной формы системной склеродермии в амбулаторных условиях

Преднизолон

Десфераль

Циклофосфамид

Д-пеницилламин

126. Для хронического гастрита характерно

Диарея

Диспепсический синдром

Спастический стул

Умеренный лейкоцитоз

127. Пациент наблюдается с диагнозом цирроз печени в поликлинике по месту жительства, при очередном посещении диагностирован асцит, в патогенезе асцита у данного пациента ключевую роль играет

Снижение коллоидно-осмотического давления плазмы

Вторичный гиперальдостеронизм

Портальная гипертензия

Гиперэстрогенемия

128. Какая степень обструкции у амбулаторного пациента с ХОБЛ, если уровень постбронходилятационного ОФВ1 составляет 46%

Тяжелая

Крайне тяжелая

Среднетяжелая

Легкая

129. При подозрении на заболевания, относящихся к группе серонегативных спондилоартритов, врачу амбулаторного звена следует провести типирование на

Антиген HLA B27

Антиген HLA B7

Антиген HLA DR4

Антиген HLA B5

130. При первичном осмотре пациента с суставным синдромом врачом-терапевтом обнаружены узлы Гебердена и Бушара. О каком заболевании следует думать в первую очередь

Ревматоидный артрит

Остеоартроз суставов кистей

Системная склеродермия

Системная красная волчанка

131. При первичном обращении в поликлинику молодой женщины с симметричным артритом мелких суставов кистей наиболее вероятной диагностической версией будет

Реактивный артрит

Дерматополимиозит

Аортоартериит Такаясу

Ревматоидный артрит

132. Для подтверждения диагноза профессиональное заболевание больного следует направить

В центр санитарно-эпидемиологического надзора

В центр, оказывающий специализированную помощь по ведущему синдрому

В центр врачей общей практики

В центр профпатологии

133. При вторичном амилоидозе наиболее информативным для подтверждения диагноза является

Биопсия почки

Биопсия подкожной клетчатки

Биопсия слизистой щеки

Биопсия слизистой прямой кишки

134. Какое из нарушений метаболизма наиболее всего предрасполагает к развитию остеоартроза

Дислипидемия

Гипертиреоз

Акромегалия

Ожирение

135. Характерные рентгенологические признаки остеоартроза

Эрозии

Кистовидные просветления

Остеолиз

Субхондральный склероз и остеофиты

136. При каком эндокринном заболевании формируется сустав Шарко

Гипотиреозе

Гиперпаратиреозе

Сахарном диабете

Тиреотоксикозе

137. Какой симптом наиболее характерен для полимиозита

Слабость мышц кисти

Проксимальная мышечная слабость

Атрофия межкостных мышц кисти

Ульнарная девиация кистей

138. C целью контроля безопасности терапии статинами следует оценивать уровень

Креатинфосфокиназы

Тропонина

Щелочной фосфатазы

Амилазы

139. Побочный эффект терапии статинами

Дисфункция щитовидной железы

Головные боли

Миопатии

Импотенция

140. Лечение артериальной гипертензии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента противопоказано

При поликистозе почек

При двустороннем стенозе почечных артерий

При диабетической нефропатии

При бронхиальной астме

141. Улучшают прогноз у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда

Бета-блокаторы

Нитраты

Дигидропиридиновые антагонисты кальция

Дигоксин

142. Какие антигипертензивные препараты противопоказаны больным с бронхиальной астмой

Диуретики

Бета-адреноблокаторы

Блокаторы рецепторов ангиотензина II

Блокаторы медленных кальциевых каналов

143. Критерий III стадии хронической болезни почек

СКФ < 40 мл/мин

CКФ 30-59 мл/мин

СКФ 15-29 мл/мин

СКФ < 15 мл/мин

144. Для ХОБЛ тяжелого течения характерны следующие показатели ФВД

ОФВ1/ФЖЕЛ < 0.70; ОФВ1 < 30% от должного или ОФВ1 < 50% от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

ОФВ1/ФЖЕЛ < 0.70; ОФВ1 >60% от должного

ОФВ1/ФЖЕЛ < 0.70; 50% < ОФВ1 < 70% от должного

ОФВ1/ФЖЕЛ < 0.70; 60% < ОФВ1 < 80% от должного

145. Оптимальные значения триглицеридов плазмы для здоровых людей

Менее 2.5 ммоль/л

Менее 1.0 ммоль/л

Менее 1.7 ммоль/л

Менее 3.0 ммоль/л

146. Целевым значением липопротеинов низкой плотности для пациентов с ишемической болезнью сердца являются

Менее 2.5 ммоль/л

Менее 3.5 ммоль/л

Менее 1.2 ммоль/л

Менее 1.8 ммоль/л

147. Регистрация патологического зубца Q и подъема сегмента ST в отведениях V1-V3 является признаком

Передне-перегородочного инфаркта миокарда

Бокового инфаркта миокарда

Нижнего инфаркта миокарда

Заднего инфаркта миокарда

148. Какого реанимационного мероприятия требует асистолия желудочков

Электроимпульсная терапия

Закрытый массаж сердца

В/в введение мезатона

В/в введение верапамила

149. Наиболее вероятной причиной возникновения острой правожелудочковой недостаточности и внезапного появления грубого систолического шума у больного с острым инфарктом миокарда является

Разрыв межжелудочковой перегородки

Разрыв свободной стенки левого желудочка

Разрыв папиллярной мышцы

Тромбоэмболия легочной артерии

150. Предположить наличие на ЭКГ постинфарктной аневризмы можно в случае выявления

Глубоких отрицательных зубцов Т

Комплексов типа QS в 2-х и более отведениях

Высоких зубцов R в правых грудных отведениях

«Застывшего» подъема сегмента ST

151. Появление шума трения перикарда на третий день Q-инфаркта миокарда связано с

Развитием синдрома Дресслера

Развитием реактивного эпистенокардитического перикардита

Присоединением инфекционного процесса

Разрывом межжелудочковой перегородки

152. Артериальная гипертония I степени в мм рт. ст., по классификации рекомендованной экспертами воз/мог

Cистолическое АД ниже 140, диастолическое - ниже 90

Cистолическое АД 140-150, диастолическое - 94-100

Cистолическое АД 140-159, диастолическое - 90-99

Cистолическое АД 160-180, диастолическое - 94-100

153. Показания для госпитализации больных артериальной гипертонией

АГ, выявленная у больного в возрасте моложе 20 лет

АГ, возникшая у больного старше 65 лет

Рефрактерная к комбинированной терапии АГ

Обнаружение у больного АГ кардиомегалии

154. Каков целевой уровень артериального давления у большинства пациентов с артериальной гипертензией

Менее 120/70 мм рт. ст.

Менее 130/80 мм рт. ст.

Менее 140/90 мм рт. ст.

Менее 150/90 мм рт. ст.

155. Отметьте причину вторичной артериальной гипертензии

Синдром Рейтера

Синдром Золлингера-Эллисона

Синдром Эйзенменгера

Синдром Кушинга

156. При гиперсекреторном гастрите наиболее эффективными минеральными водами являются

Натриево-хлоридные

Натриево-хлоридно-гидрокарбонатные

Натриево-гидрокарбонатные

Натриево-сульфатно-гидрокарбонатные

157. К базисным (противовоспалительным) средствам для лечения бронхиальной астмы относится

Ипратропиума бромид

Беклометазон

Вентолин

Беротек

158. Для восстановления запасов железа при наличии железодефицитной анемии терапию препаратами железа следует проводить в течение

2-х месяцев

3-х недель

5-7 дней

3-6 месяцев

159. Препарат, тормозящий синтез мочевой кислоты

Инсулин

Аспирин

Аллопуринол

Вольтарен

160. Больная, страдающая бронхиальной астмой и гипертонической болезнью, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол 1-2 раза в неделю, вероятно, появление кашля связано с

Приемом капотена

Недостаточной дозой беклометазона

Приемом сальбутамола

Приемом бекламетазона и сальбутамола

161. Лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения следует начинать с применения

Системных глюкокортикостероидов

Ингаляционных глюкокортикостероидов

Аколата

Кромогликата натрия

162. В питании больного гипертонической болезнью первое место среди ограничений употребление

Растительных жиров

Углеводов

Поваренной соли

Воды

163. Дайте экспертное заключение о трудоспособности пациента с выраженными нарушениями функций сердечно-сосудистой системы и ограничением жизнедеятельности II-III степени

Трудоустроить через ВК

Признать инвалидом 1-й группы

Признать инвалидом 2-й группы

Признать трудоспособным

164. В диагностике инфекционного эндокардита решающую роль играет

Увеличение СОЭ

Вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании

Аускультативная динамика шумов сердца

Нарастание сердечной недостаточности

165. Какой гипотензивный препарат является самым доказанным по безопасности как для женщины, так и для плода

Лабеталол

Допегит

Гипотиазид

Верапамил

166. При купировании гипертонического криза у больных с феохромоцитомой наиболее эффективны

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

Бета-адреноблокаторы

Альфа-адреноблокаторы

Диуретики

167. Следует избегать назначения пpи лечении аpтеpиальной гипеpтензии у больного с бpонхиальной астмой

Нифедипина

Лозартана

Пpопpанолола

Лизинопpила

168. Артериальная гипертензия, протекающая с кризами, сопровождающимися тахикардией, потоотделением, бледностью лица, характерна для

Синдрома Кона

Феохромоцитомы

Реноваскулярной артериальной гипертензии

Синдрома Иценко-Кушинга

169. К какой из перечисленных категорий следует отнести пациента, который во время теста 6-минутной ходьбы проходит расстояние, равное 350 м

I функциональный класс NYHA

III функциональный класс NYHA

II функциональный класс NYHA

IV функциональный класс NYHA

170. Диспансеризация работающего населения осуществляется

1 раз в квартал

1 раз в 3 года

1 раз в 2 года

ежегодно

171. 1 группа диспансерного наблюдения

Практически здоровые: осмотр 1-2 раза в год (угрожаемые по хронизации патологии, частые ОРВИ, как первичная профилактика ХНЗЛ)

Здоровые: осмотр не менее 1 раза в год

Больные, имеющие хронические заболевания в стадии компенсации (обострения редкие, лечение эффективно, вне обострения сохраняют трудоспособность), осмотр 2 раза в год

Больные, имеющие хронические заболевания в стадии субкомпенсации, осмотр 4 раза в год

172. Установление группы инвалидности осуществляет

Лечащий врач

Врачебная комиссия медицинской организации

Заведующий отделением

Медико-социальная экспертная комиссия

173. Право на выдачу листка нетрудоспособности имеют

Врачи бальнеогрязелечебниц, врачи стационарных учреждений, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию

Врачи санэпиднадзора, врачи бальнеогрязелечебниц, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию

Врачи санэпиднадзора, врачи амбулаторно-поликлинических учреждений

Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений, врачи стационарных учреждений, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию

174. Бессрочно 1 группа инвалидности устанавливается у больного с

ХСН с отеком легких

ХСН ФК IV, нуждающегося в постоянном уходе

ХСН ФК IV, не нуждающегося в постоянном уходе

ХСН ФК I и II

175. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при подагре

15 – 20 дней

7 – 10 дней

10 – 14 дней

5 – 7 дней

176. Женщинам в случае нормально протекающей беременности, родов, послеродового периода и рождения живого ребенка листок нетрудоспособности выдается на срок

86 дней

140 дней

156 дней

180 дней

177. Временная нетрудоспособность – это

Болезнь, при которой выполнение любого труда невозможно

Состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций организма сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение ограниченного промежутка времени

Нарушение функции одной из систем организма

Утрата конечности

178. Листок нетрудоспособности единолично врач имеет право выписать на срок

10 дней

15 дней

5 дней

20 дней

179. Функции листка нетрудоспособности

Государственная, финансовая, диагностическая

Финансовая, статистическая, диагностическая

Юридическая, финансовая, статистическая

Государственная, юридическая

180. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность, является

Листок нетрудоспособности

Выписка из истории болезни стационарного больного

Индивидуальная программа реабилитации инвалида

Справка станции скорой медицинской помощи

181. По данным ВОЗ, людьми пожилого возраста считаются лица старше

50 лет

40 лет

60 лет

80 лет

182. Врачи поликлиники выполняют следующие виды работы

Диагностику и лечение заболеваний, профилактическую работу, санитарно-просветительную работу, противоэпидемическую работу, ведение оперативно-учетной документации

Диагностику и лечение заболеваний, санитарно-просветительную работу, ведение оперативно-учетной документации

Санитарно-просветительную работу, противоэпидемическую работу, ведение оперативно-учетной документации

Диагностику и лечение заболеваний, профилактическую работу

183. Неспецифическая профилактика гриппа включает использование

Антибактериальных препаратов в профилактических целях

Иммунобиологических препаратов

Противовирусных препаратов

Иммунобиологических и противовирусных препаратов

184. Вторичная профилактика включает

Мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний

Мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболевания

Выявление заболеваний

Проведение прививок

185. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения

Хронических заболеваний

Острых заболеваний

Несчастных случаев

Различных травм

186. К методам профилактики при наличии бронхиальной астмы можно отнести

Своевременную и адекватную терапию

Своевременное проведение вакцинации от гриппа

Своевременную и адекватную терапию, своевременное проведение вакцинации от гриппа, прекращение контакта с аллергеном

Прекращение контакта с аллергеном

187. Меры специфической профилактики гриппа

Изоляция больных

Введение противогриппозной вакцины

Ношение четырехслойной маски

Кварцевание помещений

188. Показания к санаторно-курортной реабилитации при заболеваниях кишечника

Смена времени года

Обострение заболевания

Дообследование пациента

Период ремиссии

189. Санаторно-курортное лечение при ХСН возможно при

ХСН ФК IV

Отеке легких

ХСН ФК I и II

Наличии отеков

190. Из перечисленных состояний противопоказаниями для направления больных, перенесших инфаркт миокарда, на санаторное лечение являются

Единичная экстрасистолия

Недостаточность кровообращения IIБ стадии

AB-блокада I степени

Сахарный диабет 2 типа

191. Улучшить отдаленный прогноз у больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда, позволяют

Нитраты

Непрямые антикоагулянты

Бета-блокаторы

Антибиотики

192. Амбулаторно пневмонию лечат

У молодых больных при легком или среднетяжелом течении заболевания

По просьбе пациента

У пожилых пациентов

У лиц с сахарным диабетом

193. Тактика участкового врача при впервые возникшей стенокардии

Запись ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение

Запись ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин 0,325, плавикс 100 мг и госпитализация

Выдача направления на плановую госпитализацию

Амбулаторное обследование

194. В обязательный минимум лабораторных исследований длительно лихорадящих больных входят

Определение в мазке малярийных плазмодиев

Бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз

Определение в мазке малярийных плазмодиев, бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз, общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

195. При нормально протекающей беременности и отсутствии экстрагенитальной патологии беременная осматривается терапевтом

При постановке на учет в женскую консультацию

Непосредственно перед родоразрешением

При постановке на учет в женскую консультацию, в 32 и 36-37 недель

Не осматривается никогда

196. Для железодефицитной анемии характерны

Гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки

Гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

Гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате

Микроцитоз, мишеневидные эритроциты

197. Для вторичной сезонной профилактики ревматизма используется препарат

Дигоксин

Бициллин

Делагил

Ампициллин

198. При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с

ЭКГ

Зондирования желудка

Рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта

Гастродуоденоскопии

199. Показанием к госпитализации является

Стабильная стенокардия в сочетании с экстрасистолией

Стабильная стенокардия напряжения 1 функционального класса

Стабильная стенокардия напряжения 2 функционального класса

Впервые возникшая стенокардия напряжения

200. О коронарной недостаточности при проведении велоэргометрической пробы свидетельствует

Реверсия негативного зубца Т

Удлинение интервала PQ

Депрессия сегмента ST более 2 мм

Преходящая блокада правой ножки пучка Гиса

201. Основное отличие бронхиальной астмы от ХОБЛ состоит в

Ответной реакции на лечение ингаляционными глюкокортикостероидами

Обратимости бронхиальной обструкции

Выраженности бронхообструктивных нарушений

Ответной реакции на лечение пролонгированными холинолитиками

202. Показанием к назначению антибактериальной терапии ХОБЛ является

Лихорадка и гнойная мокрота

Усиление одышки

Увеличение количества сухих хрипов при аускультации

Лимфоцитоз мокроты

203. Основным методом выявления возбудителя туберкулеза в амбулаторных условиях является

Иммунологический

Культуральный (бактериологический)

Биологический

Бактериоскопический

204. Больной с впервые выявленными изменениями на флюорограмме должен быть привлечен к дообследованию в течение

3 недель

4 недель

2 недель

6 недель

205. Типичным методом скринингового обследования взрослого населения для выявления туберкулеза легких является

Рентгеноскопия

Флюорография

Рентгенография

УЗИ

206. При неблагоприятном прогнозе листок нетрудоспособности может продлеваться до

4 месяцев

0 месяцев

6 месяцев

30 дней

207. При заболевании работника в период очередного оплачиваемого отпуска оформляется

Листок нетрудоспособности со дня предполагаемого выхода на работу

Листок нетрудоспособности до окончания отпуска

Справка установленного образца

Листок нетрудоспособности на весь период временной утраты трудоспособности вследствие заболевания

208. Индивидуальная программа реабилитации инвалида разрабатывается

Отделениями реабилитации

Бюро медико-социальной экспертизы

Отделениями медицинской профилактики

Санаторно-курортными учреждениями

209. Специальный рецептурный бланк для выписывания наркотического средства действителен

30 дней

15 дней

10 дней

5 дней

210. Организация разных видов медицинской помощи регламентируется

Лицензией

Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

Программой обязательного медицинского страхования

Порядками оказания медицинской помощи

211. Перечень, частота и кратность предоставления медицинских услуг пациентам при разных заболеваниях определяется

Порядком оказания медицинской помощи при заболевании соответствующего профиля

Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

Приказом главного врача медицинской организации

Стандартом оказания медицинской помощи при данном заболевании

212. Учетным документом для регистрации диспансерного больного является

Карта ежегодной диспансеризации

Контрольная карта диспансерного наблюдения

Статистический талон

Амбулаторная карта

213. Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения

Любое лечебно-профилактическое учреждение, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы трудоспособности

ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности

ЛПУ с любой формой собственности

Только государственные (муниципальные) лечебно-профилактические учреждения

214. Вопросами вторичной профилактики занимаются

Учреждения образования

Органы управления здравоохранением

Лечебно-профилактические учреждения

Санэпидемслужба

215. Показанием к проведению антибактериальной терапии при гриппе является

Наличие вторичных бактериальных осложнений

Тяжёлое течение неосложнённого гриппа

Принадлежность пациента к группам риска

Высокий титр антител

216. Озельтамивир является препаратом выбора для лечения

Риновирусной инфекции

Аденовирусной инфекции

Гриппа

Парагриппа

217. Для гриппа характерно сочетание следующих симптомов

Субфебрильная температура, ларингит, ринит

Высокая температура, головная боль, миалгии, трахеит, непродуктивный насморк

Высокая температура, увеличение миндалин, лимфатических узлов, фарингит

Высокая температура, боли в груди при дыхании, кашель

218. Согласно федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ медицинская помощь - это

Комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний

Комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг

Набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций

Сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания

219. На медико-социальную экспертизу пациента направляет

Главный врач

Лечащий врач

Врачебная комиссия медицинской организации

Лечащий врач и заведующий отделением

220. Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет

Бюро медико-социальной экспертизы

Территориальный фонд ОМС

Федеральное медико-биологическое агентство

Министерство здравоохранения

221. Численность взрослого населения на одном терапевтическом участке в норме составляет

1200 чел.

1700 чел.

2500 чел.

2000 чел.

222. Учетная форма 058/у – это

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

223. Учетная форма 090/у – это

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования

Статистический талон о впервые выявленном случае заболевания

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

224. К санитарной профилактике туберкулеза относят

Изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, работу в очаге туберкулезной инфекции

Изоляцию и лечение больных, вакцинацию БЦЖ, химиопрофилактику, рентгеновское обследования

Изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, общеоздоровительные мероприятия

Изоляцию и лечение больных, работу в очаге туберкулезной инфекции, массовые рентгенофлюорографические обследования

225. Cрок полного первичного обследования контактных лиц составляет не более\_\_\_\_\_\_дней

7

10

14

3

226. Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется

Противотуберкулезным диспансером

Санэпидемиологической службой

Городской поликлиникой

Противотуберкулезным стационаром

227. Основными клиническими симптомами спонтанного пневмоторакса являются

Боли в груди колющего характера, затрудненное дыхание, кашель с мокротой и температура

Боли в груди, усиливающиеся при вдохе, с иррадиацией в шею, иногда в эпигастральную или поясничную область и одышка

Лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди с иррадиацией в поясничную область

Лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка непосредственно связанная с размером пневмоторакса

228. К наиболее частым осложнениям туберкулезного процесса относят

Амилоидоз внутренних органов

Кровохарканье и легочное кровотечение

Инфекционно-токсический шок

Хроническое легочное сердце

229. Врач–терапевт участковый может заподозрить туберкулез легких на основании данных

Объективного обследования больного

Результата общего анализа крови, мочи

Бактериоскопического исследования мокроты

Результата туберкулинодиагностики

230. При подозрении на туберкулез обследованию подлежат больные с жалобами на

Кашель с мокротой, потливость, потерю массы тела

Слабость, одышку, тяжесть за грудиной, потливость

Потливость, одышку, головную боль, потерю массы тела

Учащенное сердцебиение, потливость, малый субфебрилитет

231. К достоверным признакам активности очагового туберкулеза легких относят

Получение положительной реакции по пробе Манту

Выявление кашля со скудной мокротой, слабости

Обнаружение атипичных микобактерий в мокроте

Обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте

232. Рентгенологическое исследование больного с заболеванием легких необходимо начинать с

Флюорографии органов грудной клетки

Рентгенографии органов грудной клетки

Томосинтеза органов грудной клетки

Компьютерной томографии органов грудной клетки

233. В учреждениях общей медицинской сети к противотуберкулезным мероприятиям относят

Диагностику туберкулеза у больных

Лечение и наблюдение больных туберкулезом

Проведение специфической профилактики туберкулеза

Выявление больных туберкулезом среди населения

234. Извещение об установлении предварительного диагноза острого профессионального заболевания (отравления) направляется в центр Роспотребнадзора в течение

24 часов

48 часов

72 часов

7 дней

235. К категории собственно профессиональных заболеваний относят

Экзему, дерматит

Антракоз, вибрационную болезнь

Бронхиальную астму, ХОБЛ

Варикозное расширение вен нижних конечностей

236. Показанием для госпитализации при внебольничной пневмонии является

Возраст старше 65 лет

Бронхиальное дыхание

Кашель с гнойной мокротой

Субфебрильная лихорадка

237. При неосложненном гипертоническом кризе для неотложной терапии рекомендуется ингибитор ангиотензин-превращающего фермента

Периндоприл

Фозиноприл

Лизиноприл

Каптоприл

238. Для контроля синтеза мочевой кислоты при подагре используют

Аллопуринол

Диклофенак

Гидрохлортиазид

Цистон

239. К препаратам выбора из синтетических базисных противовоспалительных препаратов при лечении ревматоидного артрита относят

Соли золота

Аминохинолиновые производные

Инфликсимаб

Метотрексат

240. К синтетическим базисным средствам для лечения ревматоидного артрита относится

Этарнецепт

Cульфасалазин

Ремикейд

Тофацинитиб

241. Критерием диагноза острой ревматической лихорадки является

Гломерулонефрит

Геморрагический васкулит

Полиартрит

Пневмонит

242. При ревматоидном артрите чаще всего обнаруживается

Полиартрит

Олигоартрит

Артралгия

Моноартрит

243. Препаратами выбора при терапии изолированной систолической артериальной гипертензии пожилых являются

Ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы

Диуретики и антагонисты кальция

Антагонисты рецепторов ангиотензина 2 и препараты центрального действия

Бета-адреноблокаторы и препараты центрального действия

244. Допустимое значение ежедневного употребления поваренной соли для здоровых лиц согласно рекомендациям европейского общества кардиологов 2016 года составляет менее\_\_\_\_ г/сут

3

2

1

5

245. Для определения сердечно-сосудистого риска для первичной профилактики согласно рекомендациям европейского общества кардиологов, используется индекс

Фраменгемский

AHA/ACC

SCORE

NYHA

246. Основным фактором санаторно-курортного лечения больных с хроническим гломерулонефритом является

Климатический

Физиотерапевтический

Бальнеологический

Спелеологический

247. Ранним лабораторным признаком амилоидоза является

Бактериурия

Лейкоцитурия

Протеинурия

Цилиндрурия

248. Основным этиологическим фактором развития острого гломерулонефрита считается

Cтафилококк

Cтрептококк

Клебсиелла

Синегнойная палочка

249. Возбудителем пиелонефрита чаще всего является

Золотистый стафилококк

Энтеробактерия

Синегнойная палочка

Смешанная флора

250. Для ранней диагностики диабетической нефропатии наиболее информативным диагностическим признаком является

Лейкоцитурия

Альбуминурия

Макрогематурия

Микрогематурия

251. Для нефротического синдрома наиболее характерно сочетание

Отечного синдрома, протеинурии, диспротеинемии

Артериальной гипертонии, отечного синдрома, гематурии

Лихорадочного синдрома, диспротеинемии, лейкоцитурии

Артериальной гипертонии, протеинурии, лейкоцитурии

252. Критерием госпитализации больного с пневмонией является

Выявленный лейкоцитоз более 10\*109/л

Верхнедолевая локализация поражения

Нестабильная гемодинамика

Фебрильная лихорадка в течение 3 дней

253. При пневмонии, вызванной микоплазмой, следует назначать

Пенициллины

Макролиды

Цефалоспорины

Тетрациклины

254. Начинать медикаментозные меры профилактики рекомендуют при риске по шкале SCORE равном \_\_\_\_\_ %

2

3

5

10

255. По шкале SCORE рассчитывают риск развития \_\_\_\_\_\_ в ближайшие 10 лет

Инсульта

Инфаркта миокарда

Фатальных осложнений

Сердечной недостаточности

256. Больные с гипертонической болезнью 1 стадии освобождаются от работы при неосложненных гипертонических кризах на \_\_\_\_\_\_\_ дней

14

7

5

10

257. Датой установления инвалидности является

Дата непосредственного освидетельствования

Дата открытия больного листа

Следующий день после регистрации документов в бюро

Дата регистрации документов в бюро

258. Из всех категорий врачей выдать листок нетрудоспособности может только врач

Скорой помощи

Санитарный врач

Станции переливания крови

Травматологического пункта

259. Cрок действия санаторно-курортной карты составляет

2 месяца

1 месяц

10 дней

6 месяцев

260. Норма нагрузки врача-терапевта поликлиники составляет \_\_\_\_\_ посещений в час

5

4

6

7

261. Поликлиника может продолжать листок нетрудоспособности

До 1 месяца

До 4 месяцев

Не более 10 месяцев

Без ограничения срока

262. Под антропометрией понимают

Измерение роста и массы тела

Измерение роста

Анкетирование

Измерение силы рук

263. Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения проводится

Всем мужчинам в возрасте 45-66 лет

Всем женщинам в возрасте 45-66 лет

Всем подлежащим диспансеризации

В соответствии с показаниями, определенными на 1 этапе

264. Групповое консультирование (школа пациентов) организуется в поликлинике для пациентов групп здоровья

I

II – III

I – II

Всех трех

265. Маммография с целью раннего выявления рака молочной железы показана женщинам в возрасте c \_\_\_\_\_лет

18

40

30

50

266. К основным профилактическим мероприятиям сахарного диабета 2 типа относятся

Рациональное питание, физическая активность

Предупреждение ожирения и его лечение

Рациональное питание, физическая активность, предупреждение ожирения и его лечение

Рациональное питание, профилактика атеросклероза

267. Больные с гипертонической болезнью I степени приглашаются к терапевту для диспансерного наблюдения

1 раз в год

2 раза в год

4-5 раз в год

Первый год 3 раза, затем 1 раз в год

268. Для проведения массовой туберкулинодиагностики используется

Проба Пирке

Проба Коха

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л

Градуированная кожная проба

269. Допустимый уровень липопротеидов низкой плотности в крови у больных без риска сердечно-сосудистых заболеваний составляет \_\_\_\_\_\_ ммоль/л

У мужчины – <1,0 ммоль/л, у женщины – <1,2 ммоль/л,

У мужчины – <2,0 ммоль/л, у женщины – <1,2 ммоль/л

Менее 2,8 ммоль/л

Менее 3,0 ммоль/л независимо от возраста

270. Во время эпидемии гриппа возрастает частота заболеваний пневмонией, вызванных

Кишечной палочкой

Микоплазмой

Пневмоцистой

Клебсиеллой

271. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота заболеваний пневмонией, вызванной

Пневмококком

Стафилококком

Клебсиеллой

Стрептококком

272. На исследование липидного профиля направляют пациентов

У которых выявлено ожирение

Подлежащих диспансеризации в текущем году

Старше 45 лет

У которых выявлен повышенный уровень общего холестерина крови

273. Нормальное значение уровня триглицеридов крови у больных без риска сердечно-сосудистых заболеваний составляет меньше \_\_\_\_\_\_\_ ммоль/л

1.7

2.8

1

3

274. К основным факторами формирования здоровья относят

Здоровый образ жизни

Генетический фактор

Состояние окружающей среды

Медицинской обеспечение

275. Эффективность антибактериального лечения при острой пневмонии следует клинически оценивать через

12 часов

1 сутки

2-3 дня

5 дней

276. Диагноз хронического бронхита устанавливается при наличии

Кашля не более 1 месяца

Кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более

Факторов риска: курения, поллютантов

Не проходящего кашля в течение двух лет

277. Самой распространенной причиной развития хронической сердечной недостаточности в России является

Ишемическая болезнь сердца

Артериальная гипертензия

Миокардит

Фибрилляция предсердий

278. Выявление эрозий в антральном отделе желудка при фиброгастродуоденоскопии характерно для

Аутоиммунного гастрита

Гранулематозного гастрита

Болезни Менетрие

Хеликобактерной инфекции

279. Нормальный уровень сахара в крови при проведении теста на толерантность к глюкозе через 2 часа после ее введения составляет не более \_\_\_\_\_ ммоль/л

7,8

6,8

7,0

11,0

280. Согласно критериям воз, диагнозу анемии у мужчин соответствует уровень гемоглобина \_\_\_\_\_\_ г/л

Менее 130

130-140

Менее 120

Менее 115

281. Диагностическим критерием анемии средней тяжести является уровень гемоглобина \_\_\_\_\_\_\_\_ г/л

90-120

Менее 70

70-89

90-130

282. Методом ранней диагностики диабетической нефропатии является

Изотопная рентгенография почек

УЗИ почек

Исследование суточной микроальбуминурии

Динамическая сцинтиграфия почек

283. Ревматическая лихорадка вызывается

Стафилококком

Бета-гемолитическим стрептококком группы А

Пневмококком

Бета-гемолитическим стрептококком группы В

284. При опросе больного с В12-дефицитной анемией можно выявить

Рвоту «кофейной гущей» и дегтеобразный стул

Отрыжку горьким, боль в правом подреберье

Извращение вкуса и обоняния

Жжение на языке, парестезии

285. Сочетание на ЭКГ признаков гипертрофии левого предсердия и правого желудочка может свидетельствовать о

Дефекте межпредсердной перегородки

Митральном стенозе

Стенозе легочной артерии

Аортальной недостаточности

286. Характерным аускультативным симптомом недостаточности митрального клапана является

Cистолический шум на верхушке

Систолический шум у основания сердца

Хлопающий I тон

Мезодиастолический шум

287. При физикальном осмотре пациента с митральным стенозом можно выявить

Пульсирующую печень

Ослабление I тона

Громкий I тон

Уменьшение пульсового давления

288. К типичным жалобам больных с аортальным стенозом относят

Тяжесть в правом подреберье

Синкопальные состояния

Опоясывающие боли в животе

Боли за грудиной постоянного характера

289. «Большими» критериями острой ревматической лихорадки являются

Вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка

Миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы

Лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация

Ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема

290. Срок формирования митральных пороков после эпизода острой ревматической лихорадки составляет

1–2 недели

2–4 месяца

3–5 лет

6–12 месяцев

291. Лабораторным признаком дефицита железа является

Повышение ОЖСС

Наличие мишеневидных эритроцитов

Микросфероцитоз

Снижение ОЖСС

292. К одной из возможных причин легочной гипертензии относится

Ишемическая болезнь сердца

Стеноз митрального клапана

Недостаточность аортального клапана

Гипертоническая болезнь

293. Изменение метаболизма лекарств у пожилых связано с

Нарушением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте

Повышением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте

Снижением функции печени и почек

Снижением кровотока в зоне микроциркуляции

294. При назначении лекарственного лечения у пожилых следует учитывать

Возможное нарушение всасывания лекарств

Ускоренное выведение лекарств почками

Вероятность повышенного метаболизма

Значительное усиление всасываемости лекарств

295. Особенностью бронхиальной астмы у больных пожилого и старческого возраста является

Частота атопических форм

Редкость атопических форм

Преобладание бронхоспастического механизма обструкции

Преобладание отечно-секреторного механизма обструкции

296. Наиболее частым возбудителем домашней пневмонии у пожилых является

Микоплазма

Хламидия

Пневмококк

Легионелла

297. Внелегочные проявления пневмонии у пожилых включают

Выраженную тахикардию

Спутанность сознания

Незначительную желтуху

Миалгии и оссалгии

298. Изолированная систолическая артериальная гипертензия у пожилых диагностируется при показателях САД выше \_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

140 и диастолическом АД менее 90

140 и диастолическом АД выше 90

160 и диастолическом АД выше 90

200 и диастолическом АД выше 120

299. Особенностью фармакотерапии пожилых является

Уменьшение объема выделяемой мочи почками

Уменьшение всасывания лекарственнных средств (ЛС) в пищеварительном тракте

Уменьшение объема распределения водорастворимых ЛС

Увеличение объема распределения водорастворимых ЛС

300. Частым осложнением острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста является

Хронический бронхит

Туберкулез

Рак легкого

Очаговая пневмония

301. Старческим является возраст\_\_\_\_\_\_лет

От 70 до 80

От 75 до 89

От 60 до 74

От 80 до 94

302. Пожилым является возраст\_\_\_\_\_\_лет

От 60 до 74

От 70 до 80

От 75 до 89

От 80 до 94

303. К венозным вазодилататорам относятся

Дигидропиридины

Ингибиторы АПФ

Нитраты

Пост-синаптические α-адреноблокаторы

304. Больного с нестабильной стенокардией на приеме в поликлинике следует

Направить на консультацию к кардиологу

Направить на ЭКГ

Госпитализировать с приема в БИТ

Направить на анализ крови

305. Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ

Аортальный стеноз

Констриктивный перикардит

Двусторонний стеноз почечных артерий

306. Применение бета-адреноблокаторов противопоказано при

Гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта ЛЖ

Дилатационной кардиомиопатии

Стенозирующем атеросклерозе периферических артерий

Стенозе аортального клапана

307. При развитии инфаркта миокарда уровень тропонинов в крови повышается через\_\_\_\_\_\_\_ от начала приступа

3-4 часа

1-2 часа

6-8 часов

24 часа

308. Профилактический медицинский осмотр проводится

1 раз в 3 года

1 раз в 2 года

1 раз в 4 года

2 раза в год

309. Согласно новым законодательным документам диспансеризация проводится в \_\_\_\_ этапа

Три

Один

Два

Четыре

310. Временную нетрудоспособность студента удостоверяет справка

Ф.058-у

Ф.095-у

Ф.030-у

Ф.025-у

311. Право на льготы за счет средств федерального бюджета имеют

Ветераны боевых действий

Реабилитированные и репрессированные

Ветераны труда

Лица с системными заболеваниями соединительной ткани

312. Дает рекомендации о временном переводе работника по состоянию здоровья на другую работу

Лечащий врач

Председатель бюро МСЭ

Врачебная комиссия лечебного учреждения

Заместитель главного врач по ЭВН

313. К основному критерию разграничения временной и стойкой нетрудоспособности относят

Клинический и трудовой прогноз

Условия труда

Степень выраженности функциональных нарушений

Характер течения заболевания

314. На федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагается

Привлечение населения участка к прохождению диспансеризации

Краткое профилактическое консультирование

Участие в оформлении паспорта здоровья

Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов

315. Лица, с наличием факторов риска возникновения хронических неинфекционных заболеваний входят в \_\_\_\_\_ группу здоровья по диспансеризации

2

1

3

4

316. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг, регламентирует приказ

Минздравсоцразвития РФ № 110 от 12.02.07

Минздравсоцразвития РФ № 84 от 16.08.04

Минздравсоцразвития РФ № 543н от 15.05.12

МЗ РФ № 1011н от 06.12.12

317. Имеет право на выдачу документа, подтверждающего временную нетрудоспособность, врач

Станции переливания крови

Сельской амбулатории

Бальнеологической лечебницы

Судебно-медицинской экспертизы

318. Листок нетрудоспособности может быть закрыт

По просьбе больного

По требованию администрации с места работы больного

При наступлении клинической ремиссии

По просьбе родственников

319. Пациенту может быть выдан листок нетрудоспособности при выполнении в амбулаторных условиях исследования

Дуоденального зондирования

Фиброколоноскопии с биопсией

Велоэргометрии

Урографии

320. Больного, перенесшего грипп, следует выписать к труду

После исчезновения катаральных явлений

На фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры

Через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа

Через 5-6 дней от начала болезни

321. Больному гриппом при амбулаторном лечении показан срок постельного режима

До полного выздоровления

На первые три дня

До нормализации температуры

На первые 5-6 дней

322. Рациональной тактикой врача-терапевта участкового при приступе желчной колики у больных Жкб является

Назначение консультации хирурга

Купирование болей наркотическими анальгетиками

Госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям

Госпитализация в хирургическое отделение только при наличии желтухи

323. К двигательным режимам в санатории относят

Палатный

Свободный

Стационарный

Щадящий и щадяще-тренирующий

324. Показателями, характерными для хронической обструктивной болезни легких средней тяжести, являются

ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 = 50-80%

ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 >80%

ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 = 30-50%

ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 <80%

325. Наиболее важным исследованием для диагностики хронической обструктивной болезни легких является

Бронхоскопия

Спирометрия

Пикфлоуметрия

Бронхография

326. У больного с частыми обострениями ХОБЛ и постбронходилатационным ОФВ1<50% от должного показано назначение

Внутривенного введения теофиллинов (эуфиллина) + ингаляционных холинолитиков

Антибактериальных препаратов + короткодействующих бронхолитиков

Пролонгированных бронхолитиков + ингаляционных глюкокортикостероидов

Короткодействующих бронхолитиков + в/в глюкокортикоидов

327. Пациентам с фибрилляцией предсердий и высоким риском тромбоэмболических осложнений/инсульта (2 и более баллов по шкале CHA2DS2-VASC для мужчин, 3 и более баллов – для женщин) показан прием

Двойной антиагрегантной терапии

Непрямых антикоагулянтов

Блокаторов медленных кальциевых каналов

Ацетилсалициловой кислоты

328. В остром периоде подагрического артрита не назначают

Аллопуринол

Метилпреднизолон

Ацеклоклофенак

Моноклональные антитела у интрелейкину 1 β (канакинумаб)

329. Минимальная длительность лечения хронического гломерулонефрита составляет

5 месяцев

2 месяца

7-10 дней

6 месяцев

330. Патогномоничным эхокардиографическим критерием систолической дисфункции левого желудочка является

Снижение фракции выброса левого желудочка

Умеренно выраженная гипертрофия левого желудочка

Аномальный ток крови из левого желудочка в левое предсердие

Увеличение передне-заднего размера левого предсердия

331. Ведущим (главным) механизмом развития стенокардии Принцметала является

Коронароспазм

Стенозирующий атеросклероз

Атеротромбоз коронарных сосудов

Артериальная гипертензия

332. При остеоартрите развиваются узелки Бушара на

Первом и втором дистальных межфаланговых суставах кисти

Всех плюснефаланговых суставах симметрично

Проксимальных межфаланговых суставах кисти

Первых плюснефаланговых суставах симметрично

333. Под острым коронарным синдромом понимают группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать

Стабильную стенокардию напряжения или впервые возникшую стенокардию

Инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию

Постинфарктный кардиосклероз или хроническую аневризму левого желудочка

Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости

334. Частота профилактической вакцинации от гриппа больных хронической обструктивной болезнью лёгких легкой и средней степени тяжести составляет 1 раз в

Полгода

Год

2 года

3 года

335. Об эффективности терапии В12-дефицитной анемии на раннем этапе свидетельствует развитие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на 7-8 день лечения

Лейкоцитоза

Лейкопении

Ретикулоцитоза

Ретикулоцитопении

336. Беременной, страдающей артериальной гипертонией, можно назначить

Эналаприл

Каптоприл

Допегит

Лозартан

337. Медикаментозная терапия при хронической обструктивной болезни лёгких легкой степени включает ингаляцию

Бета-2 агонистов длительного действия по требованию

Бета-2 агонистов короткого действия 4 раза в день

Бета-2 агонистов длительного действия 2 раза в день

Холинолитиков или бета-2 агонистов короткого действия по требованию

338. Больному пневмонией с указанием в анамнезе на аллергическую реакцию на пенициллин следует назначить

Кларитромицин

Амоксициллин

Цефазолин

Гентамицин

339. Критерием прекращения антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии является

Исчезновение влажных хрипов

Срок в 3 дня после нормализации температуры с назначением антибиотика в течение 7 дней

Срок в 7-8 дней после нормализации температуры

Рассасывание пневмонической инфильтрации

340. Эффективность антибиотика, назначенного для лечения внебольничной пневмонии, оценивается через \_\_\_\_ часов

48-72

24

12

6

341. Количество ежегодных осмотров больных хронической болезнью почек С3б при диспансерном наблюдении составляет

4

3

2

1

342. Больные хронической обструктивной болезнью лёгких средней степени тяжести подлежат диспансерному наблюдению

1 раз в год

1 раз в 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

Ежемесячно

343. Моноартрит, как правило, встречается при

Ревматоидном артрите

Анкилозирующем спондилоартрите

Подагре

Системной красной волчанке

344. Оптимальным методом выявления лиц группы риска по возникновению заболевания является

Учет обращаемости

Учет случаев временной нетрудоспособности

Телефонный опрос

Профилактический осмотр

345. К типичному проявлению сидеропении относится наличие

Пиодермии

Ангулярного стоматита

Кожного зуда

Телеангиоэктазий

346. Безболевая макрогематурия, лихорадка в течение 4 месяцев, уровень гемоглобина 170 г/л либо анемия, СОЭ 60 мм/ч у больного старше 45 лет свидетельствуют о наличии

Хронического гломерулонефрита гематурического типа

Волчаночного гломерулонефрита

Рака почки

Уратного нефролитиаза

347. Для тяжелой степени ХОБЛ значение ОФВ1 соответствует

60%<ОФВ1<80%

30%<ОФВ1<50%

ОФВ1<30%

ОФВ1<60%

348. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является

Пневмококк

Клебсиелла

Стафилококк

Легионелла

349. К атипичным возбудителям пневмонии относятся

Риновирусы

Аденовирусы

Коронавирусы

Микоплазма

350. К характерному признаку аденовирусной инфекции относится

Ангина

Стоматит

Отит

Сочетание ринофарингита и конъюнктивита с лимфоаденопатией

351. В обязательное обследование при тонзиллофарингите с экссудативными явлениями на миндалинах входит

Мазок из миндалин и носа на дифтерию

Анализ мочи общий

Биохимический анализ крови с определением антистрептолизина-О

Мазок из зева и носа на стафилококк

352. К причине временной нетрудоспособности при гипертонической болезни относят

Повышение уровня креатинина крови

Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка

Гипертонический криз

Кардиалгию

353. Пациент с выраженными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы и ограничением жизнедеятельности 2-3 степени признается

Инвалидом 1-й группы

Инвалидом 3-й группы

Инвалидом 2-й группы

Трудоспособным

354. Показанием для оформления листка нетрудоспособности является

Прохождение профилактической диспансеризации

Установление острого заболевания

Диспансеризация по поводу хронического заболевания

Прохождение обследования по направлению военных комиссариатов

355. Количество дней временной нетрудоспособности при остром бронхите составляет

10

5

20

30

356. Лицам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет и работающим на условиях неполного рабочего времени, листок нетрудоспособности выдаётся

На 5 дней

На 10 дней

На 15 дней

На общих основаниях

357. Листок нетрудоспособности может быть выдан

Проходящим медицинское освидетельствование по направлению военных комиссариатов

Обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если выявлены признаки временной нетрудоспособности

Находящимся под административным арестом

Находящимся под стражей

358. Для получения листка нетрудоспособности в медучреждении пациенту необходимо предъявить

Справку с места работы

Документ о семейном положении

Документ, удостоверяющий личность пациента

Свидетельство о рождении

359. Временной утратой трудоспособности является состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду

Приняли стойкий необратимый характер

Носят временный, обратимый характер

Требуют смены трудовой деятельности

Приняли частично обратимый характер

360. Листок нетрудоспособности со вчерашнего дня можно выдать, если

Сохраняются признаки нетрудоспособности

Предшествующий день – выходной

Подтвержден факт нетрудоспособности накануне

Пациент находится в отпуске

361. К нарушению режима относится

Несвоевременная явка на прием

Несоблюдение предписанного лечения

Утеря больничного листа

Отказ от госпитализации

362. Условием выдачи листка нетрудоспособности безработному является наличие

Диплома о высшем образовании

Документа о взятии на учет по безработице

Диплома о среднем образовании

Военного билета

363. Иностранным гражданам листок нетрудоспособности может быть выдан

Если он является работником российского предприятия

После оперативного вмешательства

Во всех случаях нетрудоспособности

При заболевании туберкулезом

364. Выдавать листок нетрудоспособности имеет право врач

Скорой медицинской помощи

Станции переливания крови

Частной практики при наличии соответствующей лицензии

Эпидемиолог

365. Максимальное количество дней нетрудоспособности при оформлении листка нетрудоспособности частнопрактикующим врачом составляет

20

25

30

15

366. Больному, имеющему листок нетрудоспособности по орви с 18.03 по 22.03. и явившемуся на прием к участковому терапевту 26.03 с признаками пневмонии, показано

Продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима

Продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления

Продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима

Оформить новый больничный лист

367. При неосложненном гипертоническом кризе артериальное давление после лечения в первые 2 часа должно снижаться на \_\_\_\_\_\_\_ %

10

15

25

35

368. Начало действия каптоприла при сублингвальном приеме 25 – 50 мг проявляется через \_\_\_\_\_\_\_ минут

20

30

15

10

369. Абсолютным противопоказанием для назначения тиазидных диуретиков больным артериальной гипертензией является

Подагра

Фибрилляция предсердий

Атриовентрикулярная блокада

Хроническая сердечная недостаточность

370. Абсолютным противопоказанием для назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента больным артериальной гипертензией является

Пожилой возраст

Фибрилляция предсердий

Беременность

Гипокалиемия

371. Молниеносная форма анафилактического шока развивается в течение \_\_\_\_минут

10

20

30

15

372. Клиническим признаком истинного кардиогенного шока является

Артериальная гипертензия

Брадикардия

Полиурия

Артериальная гипотония

373. К истинному кардиогенному шоку чаще приводит

Пароксизмальная желудочковая тахикардия

Фибрилляция предсердий

Трансмуральный инфаркт миокарда

Суправентрикулярная тахикардия

374. Наиболее частым осложнением истинного кардиогенного шока является

Атриовентрикулярная тахикардия

Фибрилляция желудочков

Электромеханическая диссоциация

Тахисистолическая форма мерцательной аритмии

375. Стратегия вторичной профилактики заключается в

Разделении населения на группы в зависимости от возраста

Своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции

Формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий

Предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации

376. За время физиологически протекающей беременности врач-терапевт проводит осмотр

2 раза

3 раза

1 раз

4 раза

377. К часто встречающемуся лабораторному признаку при анкилозирующем спондилите относят

Ревматоидный фактор

Антинейтрофильные антитела

HLA-B27

Антимитохонриальные антитела

378. Основным критерием выбора индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у пациента с сахарным диабетом является

Гликемия натощак

Постпрандиальная гликемия

Масса тела пациента

Возраст и наличие макрососудистых осложнений сахарного диабета

379. Уровнем глюкозы плазмы крови при проведении перорального глюкозотолерантного теста, позволяющим диагностировать сахарный диабет, является\_\_\_\_\_\_\_ ммоль/л

11,0

11,1

10,0

9,0

380. Пациенту 50 лет с ожирением и впервые выявленным уровнем глюкозы плазмы натощак 8,0 ммоль/л необходимо в ближайшие дни провести

Глюкозо-толерантный тест

Определение глюкозы в моче

Определение инсулина в крови

Повторное определение глюкозы плазмы натощак

381. Уровень гликозилированного гемоглобина, позволяющий диагностировать сахарный диабет, составляет

6,5

5,5

5,0

6,0

382. При неосложненом гриппе в анализе крови имеет место

Лейкоцитоз, нейтрофилез

Лимфоцитоз, атипичные мононуклеары

Лейкопения, относительный лимфоцитоз

Лейкоцитоз, моноцитоз

383. Высокоселективным ингибитором ЦОГ-2 является

Нимесулид

Мелоксикам

Целекоксиб

Пироксикам

384. Какой антикоагулянт прямого действия, не требующий мониторирования свертывания крови, назначается внутрь

Ривароксабан

Гепарин

Варфарин

Бивалирудин

385. При выявлении больного инфекционной болезнью лечащий врач обязан

Выявить всех контактных

Направить извещение о больном в ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»

Определить границы эпидемического очага

Сообщить о контактных лицах по месту работы

386. Пациентами семейного врача могут быть

Все взрослые

Взрослые, кроме беременных

Все возрастно-половые группы населения

Взрослые и подростки

387. На листе заключительных (уточненных) диагнозов знаком (+) отмечаются

Острые заболевания, даже возникающие несколько раз в год

Ранее диагностированные хронические заболевания

Каждое обострение хронического заболевания

Каждый профилактический медицинский осмотр

388. Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению

Заведующих отделениями поликлиники

Врачей дневного стационара поликлиники

Врачебной комиссии поликлиники

Врачей участковых терапевтов и специалистов

389.Участковый принцип организации оказания пмсп заключается в формировании групп обслуживаемого контингента

По работе на предприятиях, находящихся на данной территории

По признаку проживания (пребывания) на определенной территории

По признаку регистрации

По желанию пациента

390. Критерием диагностики тяжелой артериальной гипертензии во время беременности является уровень артериального давления в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

150/100

150/95

160/110

155/95

391. Критерием диагностики артериальной гипертензии во время беременности является уровень артериального давления в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

140/90

130/80

120/80

135/85

392. Нижним пределом уровня гемоглобина у беременных (по воз) считается \_\_\_\_\_ г/л

115

105

110

120

393. Первое скрининговое ультразвуковое исследование при беременности проводится при сроке \_\_\_\_\_\_ недель

10-11

11-14

7-8

7-10

394. Внезапное начало, утрата сознания, гиперемия лица, стридорозное дыхание, брадикардия, артериальная гипертония, гемиплегия, паралич взора наиболее характерны для

Эмболии мозговых сосудов

Менингоэнцефалита

Субарахноидального кровоизлияния

Кровоизлияния в головной мозг

395. Бронхи, бронхиолы и легкие поражаются при

Парагриппе

Респираторно-синцитиальной инфекции

Аденовирусной инфекции

Риновирусной инфекции

396. Клиника ларингита характерна для

Аденовирусной инфекции

Риновирусной инфекции

Гриппа

Парагриппа

397. При гриппе возможно развитие

Истинного крупа

Ателектазов легких

Геморрагического отека легких

Острой печеночной недостаточности

398. При язвенном колите чаще всего поражается \_\_\_\_\_\_\_\_\_ кишка

Ободочная

Прямая

Слепая

Тощая

399. Препаратами выбора при лечении легионеллезной пневмонии являются

Макролиды

Цефалоспорины

Аминогликозиды

Защищенные аминопенициллины

400. Развитие асистолии возможно при комбинации пропранолола с

Каптоприлом

Верапамилом

Фенобарбиталом

Фуросемидом

401. Для диагностики феохромоцитомы важно определять

Содержание кортизола в плазме

Активность ренина плазмы

Метанефрины в крови или в моче

Суточную экскрецию альдостерона с мочой

402. Вариант инфаркта миокарда с неврологической симптоматикой называется

Ангинозным

Аритмическим

Астматическим

Цереброваскулярным

403. Препаратами выбора при эмпирической терапии больных внебольничной пневмонией являются

Ципрофлоксацин, пефлоксацин, офлоксацин

Эритромицин, азитромицин

Амоксициллин, кларитромицин

Стрептомицин и гентамицин

404. Под термином «атипичная пневмония» понимают

Пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации

Вирусную бронхопневмонию

Эозинофильный инфильтрат

Пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами

405. Тяжесть бронхиальной обструкции определяется путем

Аускультации легких

Перкуссии легких

Исследования функции внешнего дыхания

Бронхографии

406. Методом диагностики хронической обструктивной болезни легких является

Спирография

Рентгеноскопия

Ларингоскопия

Электрокардиография

407. Для купирования приступа бронхиальной астмы применяется

Кромогликат натрия

Сальбутамол

Флутиказон

Ипратропиума бромид

408. Ингаляционным глюкокортикостероидом является

Гидрокортизон

Флутиказон

Преднизолон

Дексаметазон

409. Восстановление синусового ритма без подготовки антикоагулянтами возможно при длительности фибрилляции предсердий менее

7 суток

30 суток

48 часов

12 часов

410. Тромболитическая терапия показана при

Остром коронарном синдроме без подъема ST

Остром коронарном синдроме с подъемом ST

Любом остром коронарном синдроме

Нестабильной стенокардии

411. Длительность повышения в крови тропонина при инфаркте миокарда составляет

До 14 дней

До 12 часов

1 день

1 месяц

412. Наиболее информативным методом для диагностики ишемической болезни сердца в сомнительных случаях выступает

Электрокардиография

Эхокардиография

Нагрузочный тест

Рентгенография сердца

413. У больной 46-ти лет ночью развиваются приступы загрудинных болей, во время которых на электрокардиограмме регистрируется преходящий подьем сегмента st, наиболее вероятным диагнозом является

Острый миокардит

Прогрессирующая стенокардия

Вариантная стенокардия

Острый тромбоэндокардит

414. Изменением на электрокардиограмме, характерным для нестабильной стенокардии, является

Депрессия сегмента ST

Патологический зубец Q

Полная блокада ножек пучка Гиса

Удлинение интервала РQ

415. Боли в суставах при нагрузке, проходящие в покое, характерны для

Подагрического артрита

Ревматоидного артрита

Реактивного артрита

Остеартроза

416. Абдоминальный сосудистый шум выслушивается при

Ренопаренхиматозной артериальной гипертензии

Реноваскулярной артериальной гипертензии

Недостаточности аортального клапана

Феохромоцитоме

417. Наиболее частым осложнением при гриппе является

Отит

Острая пневмония

Острый пиелонефрит

Острый серозный менингит

418. Препаратами выбора для терапии внебольничной пневмонии, вызванной атипичными микроорганизмами, являются

Защищенные пенициллины

Карбапенемы

Макролиды

Аминогликозиды

419. ХОБЛ тяжёлого и крайне тяжёлого течения (постбронходилатационный ОФВ1<50% от должной) с частыми обострениями и выраженными симптомами соответствует группе

B

D

C

А

420. Фенотип ХОБЛ с частыми обострениями диагностируется у пациентов

C одним и более обострениями в течение одного года

C двумя и более обострениями в течение одного года

C тремя и более обострениями в течение одного года

C двумя и более обострениями в течение двух лет

421. К мероприятиям первичной профилактики относится

Раннее выявление заболевания

Своевременное начало лечения заболевания

Устранение причин развития заболевания

Паллиативная медицинская помощь

422. Санаторно-курортное лечение больного ревматоидным артритом не допускается при функциональной недостаточности более чем \_\_\_\_\_\_\_ степени

II

III

I

IV

423. Наиболее эффективным способом профилактики гриппа является

Закаливание организма

Введение гриппозных вакцин

Прием больших доз аскорбиновой кислоты

Прием поливитаминных препаратов

424. Наиболее предпочтительными гипотензивными препаратами при сочетании гипертонической болезни с сахарным диабетом типа 2 являются

Блокаторы бета-адренорецепторов

Блокаторы ренина

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Диуретики

425. Наиболее точно определяет запасы железа в организме

Уровень трансферрина

Уровень сывороточного ферритина

Общая железосвязывающая способность сыворотки

Уровень сывороточного железа

426. Лечение статинами следует прекратить, если активность трансаминаз превышает норму в \_\_\_\_ раза

2

2,5

3

1,5

427. При стабильной стенокардии напряжения ацетилсалициловую кислоту назначают в суточной дозе \_\_\_\_\_\_\_ мг

150–200

75–125

250–300

400–500

428. Колхицин при подагре назначается для

Профилактики и лечения нефропатии

Снижения гиперурикемии

Купирования острого артрита

Рассасывания подкожных тофусов

429. Для В12-дефицитной анемии характерны умеренные

Лейкоцитоз и тромбоцитопения

Лейкоцитоз и тромбоцитоз

Лейкопения и тромбоцитоз

Лейкопения и тромбоцитопения

430. Под первичной заболеваемостью понимается частота

Новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний

Частота всех заболеваний, зарегистрированных за календарный год среди населения

Частота острых заболеваний за календарный год, зарегистрированных среди населения при проведении профилактических осмотров

Частота всех заболеваний и синдромов, зарегистрированных за календарный год среди населения

431. После выдачи листа нетрудоспособности больной направляется на врачебную комиссию через \_\_\_\_\_\_\_\_ дней

30

20

+15

10

432. Больной, перенесший инфаркт миокарда, состоящий на «Д» учете у кардиолога поликлиники, передается на учет к врачу-терапевту участковому через \_\_\_\_ месяцев

6

12

9

10

433. Справка для получения путевки (форма №070/у-04) действительна в течение

6 месяцев

12 месяцев

1 месяца

3 месяцев

434. Активное обследование работающих лиц определенных профессий, подвергающихся воздействию вредных, неблагоприятных условий труда, относится к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ диспансерным осмотрам

Предварительным

Целевым

Профилактическим

Периодическим

435. В физический аспект реабилитации больных ИБС входит

Лечебная физкультура, дозированная ходьба, занятия в фитнес-центрах

Лечебная физкультура, дозированная ходьба, специальные физические тренировки

Только лечебная физкультура и дозированная ходьба

Только лечебная физкультура и занятия в фитнес-центрах

436. Санаторно-курортное лечение на климатических курортах противопоказано больным с диагнозом

ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. СН I (NYHAII). Инфаркт перенесен более 1 года назад

ИБС. Стенокардия II ФК

Гипертоническая болезнь II cт., кризовое течение

Гипертоническая болезнь II ст., бескризовое течение

437. При наличии брадикардии у больных артериальной гипертензией наиболее безопасным является

Амлодипин

Верапамил

Пропранолол

Атенолол

438. К препаратам замедленного модифицирующего действия в лечении остеоартроза относят

Глюкокортикостероиды

Нестероидные противовоспалительные препараты

Хондропротекторы

Цитостатики

439. Листок нетрудоспособности по уходу за больным взрослым членом семьи врачебная комиссия может продлить на срок до \_\_\_ дней

7

15

30

45

440. Медицинское свидетельство о смерти заполняется врачом поликлиники, если

Врач сам констатировал факт смерти

Пациент регулярно наблюдался в данной поликлинике и умер дома

Об этом сообщили родственники пациента

Смерть произошла в стационаре

441. Диспансеризация проводится

Без согласия гражданина в обязательном порядке

При наличии информированного добровольного согласия гражданина

По приказу работодателя

По желанию пациента

442. Участковый врач должен посетить больного инфарктом миокарда, выписанного из стационара, не позднее

Следующего дня

Трех дней

Пяти дней

Семи дней

443. Под стандартом оказания медицинской помощи понимают

Имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг

Формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий

Установленный в лечебно-профилактическом учреждении объем лечебно-диагностических мероприятий, отражающий возможности данного учреждения

Перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления

444. К показаниям для обследования на вич-инфекцию относят

Катаральные явления

Увеличение одного лимфатического узла

Лихорадку больше месяца

Неспецифический язвенный колит

445. ЭКГ беременной женщине по назначению врача-терапевта выполняют в \_\_\_\_\_\_\_\_ триместре

I

II

III

I, II, III

446. Экстренное извещение ф. № 058/у составляется на

Оперативное вмешательство

Необычную реакцию на прививку

Любое обращение в поликлинику

Первичный патронаж новорожденного

447. При возникновении среди населения единичных случаев особо опасных инфекций устанавливается

Эвакуация

Обсервация

Карантин

Расселение

448. Плановые прививки проводят

Контактным в очагах

При угрозе брюшнотифозной инфекции

Населению города при угрозе распространения холеры

В соответствии с календарем прививок

449. Основным методом диагностики рака желудка является

Объективный осмотр

Рентгеноскопия

Ультразвуковое исследование

Фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией

450. Наиболее частой локализацией рака желудка является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ желудка

Антральный отдел

Кардиальный отдел

Тело

Большая кривизна

451. Облигатным предраком для толстого кишечника является

Одиночный полип

Диффузный семейный полипоз

Неспецифический язвенный колит

Хронический колит

452. Обследование больного, обратившегося с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать с

Фиброколоноскопии

Ирригографии

Ректороманоскопии

Ректального пальцевого исследования

453. Основным методом диагностики рака ободочной кишки является

Ирригоскопия

Магнитно-резонансная томография

Фиброколоноскопия

Кровь на скрытую кровь

454. Скринингом для диагностики рака ободочной кишки является

Фиброколоноскопия

Ирригоскопия

Кал на скрытую кровь

Ультразвуковое исследование толстой кишки

455. К скрининговому исследованию рака молочной железы относят

Самообследование

Осмотр маммологом

Маммографию

Ультразвуковое исследование молочных желез

456. При кровянистых выделениях из молочной железы целесообразно проведение

Цитологического исследования отделяемого

Маммографии

Дуктографии

Ультразвукового исследования молочных желез

457. Показанием для проведения сердечно-легочной реанимации является

Отсутствие сознания

Клиническая смерть

Анафилаксия

Биологическая смерть

458. Суточная потребность в жидкости у взрослого человека на кг массы тела составляет \_\_\_ мл

10-15

20-30

30-40

40-50

459. Причинами алиментарного генеза железодефицитной анемии являются

Высокая физическая активность

Недостаточное употребление мясной пищи

Недостаточное употребление свежих овощей и фруктов

Недостаточное употребление фруктов и овощей, содержащих железо

460. Наиболее частая причина колоректального рака

Геморрой

Дивертикулярная болезнь кишечника

Язвы кишечника

Полипы кишечника

461. Рациональной является комбинация антигипертензивных препаратов

Дигидропиридиновые антагонисты кальция + альфа-адреноблокаторы

Ингибиторы АПФ + сартаны

Ингибиторы АПФ + дигидропиридиновые антагонисты кальция

Недигидропиридиновые антагонисты кальция + бета-адреноблокаторы

462. Для оценки эффективности антитромботической терапии варфарином определяют

Время кровотечения

Тромбиновое время

Уровень ретикулоцитов

Международное нормализованное отношение (МНО)

463. При лечении пациента первичным остеоартрозом из нижеперечисленных препаратов следует использовать

Аллопуринол

Колхицин

Хондроитинсульфат

Д-пенициламин

464. Сочетание раннего вовлечения в процесс плюснефалангового сустава большого пальца стопы, в период обострения резкое покраснение, дефигурация суставов, подъем температуры, нефропатия, приступы почечной колики, подкожные узелки на ушных раковинах и локтях характерны для

Ревматоидного артрита

Ревматического полиартрита

Подагры

Остеоартроза

465. При впервые возникшей стенокардии тактика участкового врача включает

Снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение

Снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин, госпитализацию

Выдачу направления на плановую госпитализацию

Амбулаторное обследование

466. Препаратом выбора при желудочковой тахикардии является

Дигоксин

Дизопирамид

Лидокаин

Этацизин

467. Монотерапия антигипертензивными препаратами у больных с гипертонической болезнью может быть назначена

Всем пациентам с АГ I степени независимо от степени риска сердечно-сосудистых осложнений

Пациенту с АГ I степени с низким или средним риском сердечно-сосудистых осложнений

Пациенту с АГ I степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

Пациенту с АГ II степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

468. При ОРВИ с высокой температурой показано применение

Парацетамола

Ампициллина

Бисептола

Аспирина

469. Для ревматического полиартрита характерным является

Стойкие артралгии

Неэрозивный характер артрита

Острый моноартрит сустава большого пальца стопы

Утренняя скованность более 1 часа

470. При оказании неотложной помощи при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе прежде всего показано назначение

Сердечных гликозидов

Лидокаина

Аспирина

Антагонистов кальция

471. Препаратами выбора у пациента 55 лет с артериальной гипертонией iii стадии, перенесшего недавно инфаркт миокарда, должны быть

Тиазидные диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

Моксонидин

472. Не считается нарушением режима

Несоблюдение режима

Несоблюдение предписанного лечения

Несвоевременная явка на прием

Отказ от госпитализации

473. Пациенту с ХСН и фибрилляцией предсердий обязательно должны быть назначены

Антикоагулянты

Ацетилсалициловая кислота

Клопидогрел

Тикагрелор

474. На стадии латентного дефицита железа может выявляться

Снижение уровня гемоглобина

Снижение сывороточного железа

Снижение гематокрита

Ретикулоцитоз

475. Сидеропенический синдром проявляется

Извращением вкуса (pica chlorotica)

Кожным зудом

Прогрессированием онихомикоза

Изменением дистальных фаланг пальцев по типу барабанных палочек

476. Наиболее точным тестом для диагностики железодефицитного состояния является

Расчет цветового показателя

Определение уровня ферритина

Определение уровня гемоглобина

Определение количества эритроцитов

477. В условиях поликлиники наиболее надежным и доступным скрининговым тестом на выявление клинически значимых и субклинических нарушений функции щитовидной железы является

УЗИ щитовидной железы

Определение антител к щитовидной железе

Определение уровня тиреотропного гормона

Пальпация щитовидной железы

478. Основным признаком, указывающим на наличие субклинического гипертиреоза, является

Повышение тиреотропного гормона

Снижение тиреотропного гормона

Повышение тироксина

Снижение тироксина

479. Повышение уровня ретикулоцитов в общем анализе крови характерно для

Апластической анемии

Хронической кровопотери

Хронической свинцовой интоксикации

Дефицита эритропоэтина

480. В этиологии первичного остеоартроза важное значение имеет

Гиперурикемия

Травма сустава

Генетический фактор

Реактивный артрит в анамнезе

481. В диагностике ревматоидного артрита важное значение имеет обнаружение

Повышенного уровня мочевой кислоты

Антител к цитрулинированному пептиду

Диспротеинемии

Анемии

482. Реабсорбция профильтровавшегося белка осуществляется в основном в

Петле Генле

Проксимальном канальце

Дистальном извитом канальце

Собирательной трубке

483. Наиболее важным лабораторным признаком хронического пиелонефрита является

Выявление бактериурии

Выявление антител к базальной мембране клубочков

Наличие гематурии

Наличие протеинурии

484. Применение вагусных проб может прервать приступ

Предсердной пароксизмальной тахикардии

Фибрилляции желудочков

Фибрилляции предсердий

Желудочковой пароксизмальной тахикардии

485. Критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является

Уменьшение вольтажа всех зубцов

Подъем сегмента ST

Депрессия сегмента ST более чем на 2 мм

Появление отрицательных зубцов Т

486. Аускультативная картина при митральном стенозе сердца включает

Ослабление первого тона и систолический шум

Усиление первого тона и диастолический шум

Неизмененные тоны и «мягкий, дующий» систолический шум

Ослабление второго тона и диастолический шум

487. Четвертой стадии хронической болезни почек (хбп 4) соответствует скф \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мл/мин/1,73м2

45-59

30-44

15-29

60-89

488. Третьей А стадии хронической болезни почек (хбп 3а) соответствует скф \_\_\_\_\_\_\_ мл/мин/1,73м2

30-44

45-59

15-29

<15

489. Целевым значением ЛПНП для пациентов с высоким риском по таблице SCORE является уровень менее \_\_\_ ммоль/л

1,8

3,0

3,5

2,5

490. Чаще всего вазоренальная АГ у мужчин развивается на фоне

Фибромускулярной дисплазии

Атеросклероза

Опухоли почки

Травмы почки

491. К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертонии относят

Ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

ХБП с рСКФ < 30мл/мин/1.73кв.м или протеинурию > 300мг в сутки

Микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)

Скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

492. К бессимптомному поражению органа-мишени при артериальной гипертонии относится

Cтенокардия

Cердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса

Mикроальбуминурия

Энцефалопатия

493. К ассоциированным состояниям при артериальной гипертонии относят

Ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

Микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)

Скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

ИБС: инфаркт миокарда, стенокардию, коронарную реваскуляризацию

494. Классическая триада симптомов, характерных для выраженного аортального стеноза, включает

Тремор, отеки, одышку

Одышку, обмороки, стенокардию

Стенокардию, постуральная гипотензию, отеки

Одышку, артериальную гипертонию, обмороки

495. Основным фактором развития мерцательной аритмии является

Очаговый фиброз миокарда желудочков

Гипертрофия левого желудочка

Дилатация миокарда левого предсердия

Дилатация левого желудочка

496. Длительность назначения системных (пероральных) глюкокортикостероидов при хобл составляет

3 дня

10-14 дней

1-3 месяца

1 год

497. При лечении пневмонии у беременной в 1-м триместре можно использовать

Амоксициллин

Ципрофлоксацин

Тетрациклин

Левомицетин

498. Образование полостей деструкции в легких наиболее характерно для пневмонии, вызванной

Пневмококком

Стафилококком

Хламидией

Энтерококком

499. Диагностическим критерием воз для хронического бронхита является длительность кашля не менее

6 месяцев в данном году

6 месяцев в году в течение 2-х лет подряд

2 месяцев в году в течение 3-х лет подряд

3 месяцев в году в течение 2-х лет подряд

500. Преимуществом трехвалентного железа перед двухвалентным является

Более быстрый эффект

Более низкая стоимость

Меньшая частота осложнений

Меньшая суточная доза

501. Характерными признаками лимфогранулематоза являются

Выраженные миалгии, оссалгии

Некупируемые тошнота и рвота

Постоянные лихорадка и потливость

Чередование поносов и запоров

502. При лихорадке на протяжении месяца и лимфоаденопатии можно предполагать

Болезнь Крона

Болезнь Виллебранда

Лимфогранулематоз

Гемофилию

503. Признаком гемолитической анемии является

Тромбоцитопения

Высокий ретикулоцитоз

Лейкоцитоз

Повышение трансаминазной активности

504. Стернальная пункция является обязательной диагностической процедурой при

В12-дефицитной анемии

Железодефицитной анемии

Гемофилии

Болезни Виллебранда

505. Препаратами выбора при лечении аг в сочетании с нарушениями ритма сердца являются

Диуретики

Альфа-адреноблокаторы

Бета-адреноблокаторы

Препараты центрального действия

506. Из-за риска увеличения гиперурикемии у пациентов с подагрой не рекомендовано применять

Дабигатрана этексилат

Аминокапроновую кислоту

Ацетилсалициловую кислоту

Далтепарин натрия

507. Препаратами выбора для лечения АГ у пациентов с подагрой являются

Тиазидные диуретики

Прямые ингибиторы ренина

Бета-адреноблокаторы

Сартаны

508. Локализация артрита при обострении в первом плюснефаланговом суставе характерна для

Ревматоидного артрита

Подагры

Псориаза

Болезни Рейтера

509. Для первого подагрического приступа типично поражение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ суставов

Пястнофаланговых

Плюснефаланговых

Голеностопных

Коленных

510. Для подагры является характерным

Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой

В период приступов может развиться лихорадка

Выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты

Действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты

511. Для урогенного реактивного артрита характерным является

Конъюнктивит

Развитие гломерулонефрита

Анкилозирование суставов

Повышение титра антител к ДНК

512. Раннее вовлечение в процесс илеосакральных сочленений, тугоподвижность позвоночника, синдесмофиты и квадратизация позвонков при рентгенографии характерно для

Остеоартроза

Ревматоидного артрита

Анкилозирующего спондилита

Подагры

513. У пациента 23 лет диагностирована острая ревматическая лихорадка, не соответствует диагнозу

Неэрозивный характер артрита и «летучие» артралгии

Систолический шум на верхушке

Обострение хронического тонзиллита

Ритм «перепела» при аускультации сердца

514. Диагноз подагры можно предположить на основании

Болей механического типа в суставах

Артрита плюснефалангового сустава

Утренней скованности

Повышения уровня трансаминаз в крови

515. Назовите рентгенологический признак подагры

Значительное разрушение хряща

Образование костных каверн

Околосуставной эпифизарный остеопороз

«Симптом пробойника»

516. При остром приступе подагры наиболее целесообразно назначить лечение

Хондропротекторами

Кортикостероидами

Нестероидными противовоспалительными средствами

Иммобилизацией пораженных суставов

517. Ревматоидный артрит относится к заболеваниям суставов

Воспалительным

Дегенеративным

Метаболическим

Реактивным

518. При первичном обращении в поликлинику с подозрением на ревматоидный артрит наименее характерным является поражение следующих суставов (не поражаются при этом заболевании)

Проксимальные межфаланговые суставы кистей

Дистальные межфаланговые суставы кистей

Лучезапястные суставы

Плюснефаланговые суставы

519. Носительство гена B 27-антигенов HLA свойственно

Ревматоидному артриту

Болезни Бехтерева

Синдрому Шегрена

Дерматомиозиту

520. Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) чаще поражает

Женщин после климакса

Молодых мужчин

Пожилых мужчин

Молодых девушек

521. Для подтверждения болезни Бехтерева целесообразно сделать рентгенограммы

Кистей рук

Голеностопных суставов

Тазобедренных суставов

Позвоночника

522. Тофусы представляют собой

Остеофиты

Уплотнение подкожной клетчатки

Отложение в тканях уратов

Отложение в тканях холестерина

523. Ранним диагностическим признаком ревматоидного артрита является

Узурация суставных поверхностей

Появление ульнарной девиации суставов кисти

Повышение уровня АЦЦП

Повышение уровня мочевой кислоты

524. Ревматоидные узелки наиболее часто локализуются

На пальцах кисти

В области локтевого сустава

В области затылка

На стопе

525. При осмотре больного ревматоидным артритом можно обнаружить

Узелки Бушара

Хруст в суставах

Пальцы в виде «шеи лебедя»

Покраснение в области суставов

526. Для клинической картины артроза является характерным

Повышение кожной температуры над суставами

Появление механических болей

Появление припухлости суставов

Гиперпигментация кожи над пораженными суставами

527. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются

Кожные

Гепатотоксические

Нефротоксические

Желудочно-кишечные

528. Какой из нижеперечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов реже других вызывает язвенные изменения желудочно-кишечного тракта

Индометацин

Вольтарен

Диклофенак

Мелоксикам

529. До установления точного диагноза лечение артрита можно начать с

Антибиотиков

Преднизолона

Кризанола

Нестероидных противовоспалительных препаратов

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся**

**на промежуточной аттестации (недифференцированном зачете)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания**  **(% правильных ответов)** | **Рейтинго-вые баллы** |
| **Тестирование** | 97-100  95-96,9  91-94,9  87-90  84-86,9  81-83,9  77-80,9  74-76,9  71-73,9 | 15  14  13  12  11  10  9  8  7 |

Минимальный зачетный рейтинг составляет ***7 баллов.***

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

*Компьютеры и мониторы* компьютерной лаборатории ОрГМУ.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер тестового задания) |
| 1 | ОК-1 способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | **Знать** теоретические аспекты предмета | тестовые задания №1,9-11,47,49,50,58,62,66,68,87,93,115,118,121,134,  136,139, 143-146,149,  153-156,158,162,181,  182,184-186,188-190,  195,210,211,214,221,224-226,231,233,235,244,  246,248,249,260,269-271,273-274,276,277,  279-281,283,290,292-296,299,300-302,311,  313,316,323,329,331,  335,340,344,348,349,  368,374-376,378,386,  389,395,398,400,404,  409,411,420-422,425,  430,434-436,443,450,  451,457-460,462,480,  482,483,489-493,495,  496,498-500,504,506  517,520,522,524,527 |
| **Уметь** применить теоретические знания для решения клинических задач, тестов | тестовые задания №8,64,105,132,138,148,  153,245,254,255,268,  297,388,405,419,442,  444,475,481,486,513,  518 |
| **Владеть** алгоритмом постановки клинического диагноза, оценки результатов лабораторных и инструментальных  исследований | тестовые задания №12,15,20-22,28,46,48, 63,70,71,77,91,92,98,99, 101,106,108,109,113,  118,119,122,128,129,  133,135,147,150,169, 194,196,200,203-205,  231,247,250,278,282,  285,286,288,291,307,  324,325,330,332,343,  345,347,377,379,381,  401,406,412,413,429,  445,449,452,453,454-456,464,469,474,476-478,479,485,487,488,  502,503,515,521,523,  525 |
| 2 | ОПК-6 готовность к ведению медицинской документации | **Знать** основные учетные формы и медицинскую документацию, используемую в работе врача | тестовые задания №31-33,35,36,38-40,209,212,  310,433,440 |
| **Уметь** оформить основную медицинскую документацию (карту амбулаторного  больного, талон амбулаторного пациента, листок нетрудоспособности,  карта учёта диспансеризации и др.) | тестовые задания №34,37,385,446,472 |
| **Владеть** навыками оформления медицинской  документации участкового терапевта | тестовые задания №234,320 |
| 3 | ОПК-8 готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач | **Знать** основные группы лекарственных препаратов и показания к их применению | тестовые задания №53,54,56,74,75,80-85, 88-90,94,96,110,123-125,140-142,157,159,  161,165-167,191,197,  202,215,216,218,238-240,253,303,305,306,  328,337,369,370,383,  384,399,408,418,424 |
| **Уметь** осуществить индивидуализированный  подбор лекарственных препаратов при решении профессиональных задач | тестовые задания №52,73,160,243,326,  336,338,437,438,467,  473,507 |
| **Владеть** алгоритмом подбора лекарственных препаратов и их комбинаций при решении профессиональных задач | тестовые задания №55,111,114,275,327,  339,426,427,461,463,  471,505,528,529 |
| 4 | ПК-2 способность и готовность к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществле-нию диспансерного наблюдения | **Знать** регламентирующие документы, используемые при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения | тестовые задания №2-3,  267,308,309,315,441 |
| **Уметь** провести профилактический медицинский осмотр | тестовые задания №4,245,262,265 |
| **Владеть** методикой проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения в соответствии с группой  здоровья | тестовые задания №60,61,170,171,263,  264,266,272,341,342,  432 |
| 5 | ПК-6 способность к определению у пациента основных патологичес-ких состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологичес-ких форм в соответствии с Международ-ной статистической классификаци-ей болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | **Знать** правила использования Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Х пересмотра | тестовые задания №16-18,26,51,65,78,152,298 |
| **Уметь** выделить у пациента основные симптомы, синдромы и нозологические формы в соответствии  Международной статистической  классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, Х пересмотра | тестовые задания №13,14,23,27,30,57,59,  69,76,86,100,102,103,  112,126,137,152,168,  227-230,242,251,284,  287,346,402,415,416,  494,501,511,514,526 |
| **Владеть** алгоритмом определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний,  нозологических форм в соответствии с Международной статистической  классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, Х пересмотра | тестовые задания №25,29,98,107,116,120,  127,130,131,164,201,  232,380,512,519 |
| 6 | ПК-7 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации | **Знать** нормативную документацию для  проведения экспертизы временной и  стойкой нетрудоспособности | тестовые задания №41,42,173,175,176-180,206,213,222,223,  257,258,259,312,314,  317,318,356-359,362,  363-365,387 |
| **Уметь** оформить листок нетрудоспособности,  направление на медико-социальную экспертизу | тестовые задания №207,360,361,366 |
| **Владеть** методикой проведения экспертизы  временной нетрудоспособности, решением вопросов медико-  социальной экспертизы | тестовые задания №5-7,43,44,163,172,174,208,219,220,256,261,319,  320,352-355,431,439 |
| 7 | ПК-10 готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровож-дающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи | **Знать** клинические проявления признаков  острого заболевания или обострения  хронического заболевания | тестовые задания №19,67,241,289,333,  371,396,397,417,508-510 |
| **Уметь** диагностировать острые состояния и  назначить соответствующую терапию | тестовые задания №72,79,97,104,192,193,217,321,350,351,372,  382,394,403,410,414,  466,484,497,516 |
| **Владеть** алгоритмом диагностики острых  заболеваний и состояний, составить  план лечения, а при необходимости -  противоэпидемических мероприятий | тестовые задания №45,95,183,187,198,  199,236,237,252,304,  322,334,367,407,423,  428,447,448,465,468,  470 |

1. **Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося;
* дисциплинарного рейтинга обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

***Текущий фактический рейтинг по дисциплине*** (модулю) (максимально 70 баллов) представляет собой среднюю арифметическую баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по 1 модулю дисциплины;

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Количество баллов складывается из:

*1. За аудиторную работу расчет баллов основывается на следующих видах контроля, каждый из которых оценивается в баллах - 5 (отлично), 4 (хорошо), 3 (удовлетворительно), 2 (неудовлетворительно), 0 – не явился:*

1) входной тестовый контроль;

2) устный опрос;

3) решение студентом ситуационной задачи (кейс-заданий).

На основании указанных видов контроля рассчитывается средний балл за практическое занятие в баллах.

По окончании 1 модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме итогового занятия, включающего тестирование и собеседование, и определяется количество баллов рубежного контроля как средняя арифметическая оценок за тестирование и 3 оценок за каждое case-задание (максимально 5 баллов).

*2. За внеаудиторную работу расчет баллов базируется на создании:*

1) пакета документов в электронном виде по оказанию ПМСП, порядки, стандарты, клинические рекомендации ПМСМ (оценивается 0 или 3-5 баллов),

2) санитарно-просветительная беседа (оценивается 0 или 3-5 баллов).

Текущий фактический рейтинг рассчитывается при суммировании баллов за аудиторную и внеаудиторную работу.

**4.2. Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося**

***Бонусные баллы*** обучающегося выражается в баллах от 0 до 5 и формируется следующим образом:

-посещение всех практических занятий и лекций – 2 балла; (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

-результаты участия в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.

**4.3. Правила формирования зачетного рейтинга обучающегося**

***Зачет*** проводится в форме компьютерного тестирования. Тестирование по дисциплине «Поликлиническая терапия» выполняется по окончании дисциплины в компьютерной лаборатории ОрГМУ по стандартизированным тестам, находящимися в электронной системе университета.

Тестовая база включает 529 тестовых заданий закрытого типа.

***Критерии оценивания тестирования:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| % тестирования | Рз | % тестирования | Рз | % тестирования | Рз |
| 71 | 15 | 81 | 20 | 91 | 25 |
| 72 | 15,5 | 82 | 20,5 | 92 | 25,5 |
| 73 | 16 | 83 | 21 | 93 | 26 |
| 74 | 16,5 | 84 | 21,5 | 94 | 26,5 |
| 75 | 17 | 85 | 22 | 95 | 27 |
| 76 | 17,5 | 86 | 22,5 | 96 | 27,5 |
| 77 | 18 | 87 | 23 | 97 | 28 |
| 78 | 18,5 | 88 | 23,5 | 98 | 28,5 |
| 79 | 19 | 89 | 24 | 99 | 29 |
| 80 | 19,5 | 90 | 24,5 | 100 | 30 |

Минимальный Рз - 15 баллов, при котором зачет считается сданным и рассчитывается Рд. Максимально составляет 30 баллов.

* 1. **Правила формирования дисциплинарного рейтинга обучающегося**

***Дисциплинарный рейтинг*** представляет собой сумму значений текущего, зачетного рейтингов и бонусных баллов (при наличии).

*Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

**Рд=Ртс+Рбс+Рз***, где,*

***Р*д *-*** *дисциплинарные рейтинг* ;

***Ртс -*** *текущий стандартизированный рейтинг,*

***Рбс -*** *бонусный стандартизированный рейтинг,*

***Рз -*** *зачетный рейтинг.*

***Итоговая оценка*** по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100-105 баллов) по таблице перевода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине** | |
| Оценка | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

В случае получения обучающимся текущего стандартизированного рейтинга ***менее 35 баллов и (или) зачетного рейтинга менее 15 баллов*** результаты промежуточной аттестации по дисциплине признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолжность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

Если обучающийся не прошел промежуточную аттестацию в дни, установленные расписанием, по уважительной причине, то сроки промежуточной аттестации по индивидуальному графику устанавливаются сотрудниками деканата в соответствующем семестре учебного года.