

Фонд оценочных средств

**Б1.О.37 Поликлиническая терапия
Обязательная часть**

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
квалификация: врач-лечебник
Форма обучения: очная
Срок обучения: 6 лет

Фонд оценочных средств по дисциплине рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета института (протокол № 1 от 16.01.2024) и утвержден приказом ректора № 02 от 19.01.2024 года

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01, Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 988
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Устав и локальные акты Институт

1. Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине Поликлиническая терапия

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Профессиональные компетенции		
ПК-2	Способен к участию в оказании медицинской помощи в экстренной форме	ИПК-2.9 Умеет оценить состояние пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме

2. Перечень вопросов для подготовки в промежуточной аттестации

1. Организация и деятельность терапевтического участка поликлиники.
2. Организация первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации.
3. Организация экспертизы стойкой утраты трудоспособности в Российской Федерации.
4. Медицинская документация в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового: порядок заполнения, хранения и отчетности.
5. Особенности организации второго этапа диспансеризации взрослого населения.
6. Особенности организации первого этапа диспансеризации взрослого населения.
7. Порядок выдачи документа, удостоверяющего временную утрату трудоспособности.
8. Порядок организации диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в практике участкового терапевта.
9. Порядок организации и осуществления диспансерного наблюдения в практике врача-терапевта участкового.
10. Порядок осуществления экспертизы временной нетрудоспособности в практике врача-терапевта участкового.
11. Профессиональные обязанности врача-терапевта участкового.
12. Кардиоваскулярная профилактика в практике врача-терапевта участкового: стратегия высокого риска.
13. Краткое профилактическое консультирование пациента с артериальной гипертонией.
14. Краткое профилактическое консультирование пациента факторами риска хронических неинфекционных заболеваний.
15. Краткое профилактическое консультирование при избыточной массе тела и ожирении.
16. Краткое профилактическое консультирование при курении табака.
17. Краткое профилактическое консультирование при предиабете.
18. Критерии, используемые при экспертизе стойкой нетрудоспособности.
19. Формирование здорового образа жизни в практике врача-терапевта участкового.
20. Диагностический алгоритм при гериатрических синдромах. Понятия о доменах здоровья.
21. Обязанности врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи по профилю «гериатрия».
22. Паллиативная медицина в амбулаторно-поликлинической практике. Подходы к обезболиванию.
23. Паллиативная медицина в амбулаторно-поликлинической практике. Система долговременного ухода и роль врача-терапевта.
24. Подходы обеспечения безопасности фармакотерапии во время беременности.
25. Ранняя диагностика онкологических заболеваний в практике врача-терапевта участкового: рак молочной железы, лёгкого, кожи, кишечника.
26. Система выявления и наблюдения за пациентами с синдромом зависимости от употребления алкоголя.
27. Скрининг онкологических заболеваний в практике врача-терапевта участкового: рак молочной железы, лёгкого, кожи, кишечника.
28. Стационар-замещающие технологии в амбулаторной практике: организация деятельности дневного стационара и стационара на дому.
29. Тактика врача-терапевта при артериальной гипертонии: диагностика, поражение органов-мишеней, осложнения, классификация.
30. Тактика врача-терапевта при артериальной гипертонии: диагностика, формулировка диагноза, лечение, диспансерное наблюдение.
31. Тактика врача-терапевта при артериальной гипертонии: диагностический алгоритм при симптоматических (вторичных) гипертониях.
32. Тактика врача-терапевта при артериальной гипертонии: лечение, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

33. Тактика врача-терапевта при бронхиальной астме: диагностика, формулировка диагноза согласно клиническим рекомендациям, принципы лечения.

34. Тактика врача-терапевта при бронхиальной астме: диагностика обострения, показания для госпитализации, профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

35. Тактика врача-терапевта при внебольничной пневмонии: диагностика, формулировка диагноза, определение выбора места лечения, наблюдение.

36. Тактика врача-терапевта при внебольничной пневмонии: диагностика, критерии тяжелого течения пневмоний, показания для госпитализации, принципы лечения.

37. Тактика врача-терапевта при внебольничной пневмонии: показания для госпитализации, экспертиза нетрудоспособности, профилактика, диспансерное наблюдение.

38. Тактика врача-терапевта при гериатрических синдромах: старческая астения, синдром падений, остеопороз, мальнутриция, синдром когнитивных нарушений.

39. Тактика врача-терапевта при желудочковых нарушениях сердечного ритма: принципы диагностики, вклад в развитие внезапной сердечной смерти, показания для госпитализации, профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

40. Тактика врача-терапевта при желудочковых нарушениях сердечного ритма: классификация, объём обследования, осложнения, лечение, показания для госпитализации, диспансерное наблюдение.

41. Тактика врача-терапевта при заболеваниях пищевода: диагностика, классификация, осложнения, лечение, профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

42. Тактика врача-терапевта при наджелудочковых нарушениях сердечного ритма: классификация, объём обследования, осложнения, лечение, показания для госпитализации, профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

43. Тактика врача-терапевта при острых респираторных заболеваниях: диагностика, формулировка диагноза, осложнения, лечение, показания для госпитализации, профилактика, экспертиза нетрудоспособности.

44. Тактика врача-терапевта при плевральном выпоте: диагностика, показания для госпитализации, экспертиза нетрудоспособности.

45. Тактика врача-терапевта при приобретенных пороках сердца: диагностика, классификация, показания для кардиохирургического вмешательства, экспертиза нетрудоспособности.

46. Тактика врача-терапевта при синкопальных состояниях: классификация, объём обследования, оценка риска, показания для госпитализации, экспертиза нетрудоспособности.

47. Тактика врача-терапевта при фибрилляции предсердий: диагностика, формулировка диагноза.

48. Тактика врача-терапевта при фибрилляции предсердий: критерии диагностики, классификация, объём обследования.

49. Тактика врача-терапевта при фибрилляции предсердий: показания для госпитализации, профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

50. Тактика врача-терапевта при фибрилляции предсердий: стратегия контроля ритма.

51. Тактика врача-терапевта при фибрилляции предсердий: стратегия контроля частоты сердечных сокращений.

52. Тактика врача-терапевта при фибрилляции предсердий: стратегия профилактики тромбоэмболических осложнений.

53. Тактика врача-терапевта при хронической обструктивной болезни лёгких: ранняя диагностика, формулировка диагноза, лечение, профилактика.

54. Тактика врача-терапевта при хронической обструктивной болезни лёгких: диагностика обострений, показания для госпитализации, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

55. Тактика врача-терапевта участкового при артериальной гипертензии у беременных: критерии диагностики, лечение, показания для госпитализации.

56. Тактика врача-терапевта участкового при гепатитах: принципы диагностики, осложнения, лечение, показания для госпитализации, профилактика и диспансерное

наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

57. Тактика врача-терапевта участкового при гипотиреозе: диагностика, формулировка диагноза, осложнения, принципы лечения, показания для госпитализации.

58. Тактика врача-терапевта участкового при гломерулонефритах: принципы диагностики, классификация, осложнения, показания для госпитализации, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

59. Тактика врача-терапевта участкового при длительных субфебрилитетах, лихорадках неясного генеза: критерии диагностики, причины, классификация.

60. Тактика врача-терапевта участкового при длительных субфебрилитетах, лихорадках неясного генеза: диагностический алгоритм на амбулаторном этапе, патогенетическая терапия.

61. Тактика врача-терапевта участкового при дорсопатиях: принципы диагностики и лечения, вопросы маршрутизации пациентов, экспертиза нетрудоспособности.

62. Тактика врача-терапевта участкового при ишемической кардиомиопатии: критерии диагностики, формулировка диагноза, показания для госпитализации, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

63. Тактика врача-терапевта участкового при миокардите: критерии диагноза, осложнения, показания для госпитализации, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

64. Тактика врача-терапевта участкового при остеоартрите: критерии диагноза, классификация, показания для эндопротезирования, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

65. Тактика врача-терапевта участкового при острой неспецифической боли в нижней части спины: определение, симптомы «тревоги», объем обследования, лечение, экспертиза нетрудоспособности.

66. Тактика врача-терапевта участкового при остром коронарном синдроме: критерии диагностики, классификация.

67. Тактика врача-терапевта участкового при остром коронарном синдроме: критерии диагностики, маршрутизация пациентов с ОКС на территории Приморского края.

68. Тактика врача-терапевта участкового при острых инфекциях мочевыводящих путей: диагностика, классификация, принципы лечения, показания для госпитализации, профилактика, экспертиза нетрудоспособности.

69. Тактика врача-терапевта участкового при подагре: критерии диагноза, классификация, принципы лечения, показания для госпитализации, экспертиза нетрудоспособности.

70. Тактика врача-терапевта участкового при постинфарктном кардиосклерозе: критерии диагноза, принципы лечения, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

71. Тактика врача-терапевта участкового при ревматоидном артрите: критерии диагностики, классификация, принципы лечения, показания для госпитализации, экспертиза нетрудоспособности.

72. Тактика врача-терапевта участкового при рецидивирующих инфекциях мочевыводящих путей: классификация, объем обследования, лечение, показания для госпитализации, профилактика.

73. Тактика врача-терапевта участкового при сахарном диабете 2 типа: диагностика, классификация, формулировка диагноза.

74. Тактика врача-терапевта участкового при сахарном диабете 2 типа: осложнения, лечение, показания для госпитализации, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

75. Тактика врача-терапевта участкового при соматической патологии обусловленной пагубным употреблением алкоголя (кардиомиопатия, цирроз печени): ранняя диагностика пагубного употребления алкоголя, диагностический алгоритм, принципы лечения.

76. Тактика врача-терапевта участкового при соматической патологии у беременных (сахарный диабет, анемия): классификация, диагностика, лечение, показания для госпитализации.

77. Тактика врача-терапевта участкового при стабильном течении ишемической болезни сердца: предтестовая вероятность, диагностика, критерии постановки диагноза, классификация.

78. Тактика врача-терапевта участкового при стабильном течении ишемической болезни сердца: формулировка диагноза, принципы лечения, показания для госпитализации.

79. Тактика врача-терапевта участкового при стабильном течении ишемической болезни сердца: профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

80. Тактика врача-терапевта участкового при тиреотоксикозе: диагностика, формулировка диагноза, осложнения, принципы лечения, показания для госпитализации.

81. Тактика врача-терапевта участкового при функциональной диспепсии: критерии диагностики, классификация, принципы лечения.

82. Тактика врача-терапевта участкового при хронической болезни почек: этиология, диагностика, классификация.

83. Тактика врача-терапевта участкового при хронической болезни почек: лечение, показания для госпитализации и проведения почечно-заместительной терапии, диспансерное наблюдение.

84. Тактика врача-терапевта участкового при хронической болезни почек: этиология, диагностика, классификация.

85. Тактика врача-терапевта участкового при хронической сердечной недостаточности: принципы профилактики и ранней диагностики, классификация.

86. Тактика врача-терапевта участкового при хронической сердечной недостаточности: формулировка диагноза, лечение, показания для госпитализации.

87. Тактика врача-терапевта участкового при хронической сердечной недостаточности: профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

88. Тактика врача-терапевта участкового при хроническом гастрите: критерии постановки диагноза, классификация, принципы лечения, профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

89. Тактика врача-терапевта участкового при хроническом панкреатите: диагностика, классификация, осложнения, лечение, показания для госпитализации, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

90. Тактика врача-терапевта участкового при циррозе печени: критерии диагноза, показания для госпитализации, профилактика, экспертиза нетрудоспособности.

91. Тактика врача-терапевта участкового при циррозе печени: объём обследования, диагностика осложнений, показания для госпитализации, экспертиза нетрудоспособности.

92. Тактика врача-терапевта участкового при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика, классификация, осложнения, лечение, профилактика и диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

93. Тактика участкового терапевта при анемиях: диагностика, классификация, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

94. Тактика участкового терапевта при анемиях: диагностика, классификация, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности.

95. Тактика участкового терапевта при геморрагическом синдроме: принципы диагностики, показания для госпитализации, особенности гемостатической терапии при болезни Виллебранда, гемофилии и иммунной тромбоцитопении на амбулаторном этапе, экспертиза нетрудоспособности.

3. Тестовые задания

1. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ В РОССИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПЕРВОЕ РАНГОВОЕ МЕСТО ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) злокачественным новообразованиям
- 2) болезням системы кровообращения
- 3) инфекционным и паразитарным болезням

- 4) травмам и отравлениям
- 5) болезням органов дыхания

2. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В РОССИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПЕРВОЕ РАНГОВОЕ МЕСТО ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) злокачественным новообразованиям
- 2) болезням системы кровообращения
- 3) инфекционным и паразитарным болезням
- 4) травмам и отравлениям
- 5) болезням органов дыхания

3. ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) информирование населения о факторах риска
- 2) формирование убежденности в необходимости сохранении здоровья
- 3) повышение материального благосостояния
- 4) воспитание навыков здорового образа жизни

4. обязательными условиями формирования здорового образа жизни являются

- 1) повышение эффективности диспансеризации
- 2) рациональное индивидуальное поведение
- 3) осуществление общегосударственных мероприятий по созданию здоровых условий жизни
- 4) формирование установок на здоровье в обществе

5. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ СОСТОЯТ ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КРОМЕ

- 1) медицинская технология
- 2) конечные результаты выполнения медицинской технологии
- 3) стоимость выполнения медицинской технологии
- 4) расчет стоимости выполнения определенного метода лечения

6. НЕОБХОДИМЫМИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) информированное добровольное согласие взрослого пациента
- 2) согласие родителей ребенка в возрасте до 15 лет
- 3) решение о необходимости медицинского вмешательства КЭК

7. ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) организация и проведение диспансеризации
- 2) экспертиза временной нетрудоспособности
- 3) установление группы инвалидности
- 4) направление больных на санаторно-курортное лечение
- 5) оказание первой медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах

8. ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) создание позитивных для здоровья факторов
- 2) повышение эффективности деятельности служб здравоохранения
- 3) активизация позитивных для здоровья факторов
- 4) устранение факторов риска
- 5) минимизация факторов риска

9. ВРАЧИ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ РАБОТ

- 1) диагностика и лечение заболеваний
- 2) профилактическая работа
- 3) санитарно-просветительная работа
- 4) деятельность по ОМС на коммерческой основе
- 5) ведение оперативно-учетной документации

10. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО В ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нагрузка на врачебную должность
- 2) средняя длительность лечения больного
- 3) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов
- 4) эффективность диспансеризации

11. ВРАЧ ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ЗАПОЛНЯЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ УЧЕТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, КРОМЕ

- 1) медицинскую карту амбулаторного больного
- 2) талон амбулаторного пациента
- 3) историю развития ребенка
- 4) дневник работы врача общей практики (семейного врача)
- 5) листок учета больных и коечного фонда

12. УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1) лечащий врач
- 2) заведующий отделением
- 3) клиничко-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения
- 4) главный специалист по экспертизе нетрудоспособности Минздравсоцразвития РФ
- 5) медико-социальная экспертная комиссия

13. СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- 1) проведение прививок
- 2) улучшение условий труда и отдыха
- 3) повышение материального благосостояния

14. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) проведение прививок
- 2) проведение медицинских осмотров
- 3) выявление заболеваний

15. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) проведение прививок
- 2) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
- 3) выявление заболеваний

16. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) проведение прививок
- 2) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
- 3) выявление заболеваний
- 4) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний
- 5) повышение материального благосостояния

17. К МЕТОДАМ И СРЕДСТВАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1) вакцинацию
- 2) профилактическую госпитализацию
- 3) оздоровление окружающей среды

18. ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1) острых заболеваний
- 2) инфекционных заболеваний
- 3) несчастных случаев
- 4) хронических заболеваний

19. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) регулирование потока посетителей поликлиники
- 2) активное динамическое наблюдение и лечение
- 3) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий
- 4) активное выявление и взятие на учет больных и лиц с факторами риска
- 5) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения

20. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

- 1) полнота взятия на диспансерное наблюдение
- 2) своевременность взятия на диспансерное наблюдение
- 3) кратность обострений заболеваний
- 4) процент перевода по группам диспансерного наблюдения
- 5) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов

21. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЧАСТНО ПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА

- 1) ни в каких случаях не имеет права
- 2) в любых на общих основаниях
- 3) при наличии у него лицензии на это право без ограничения срока – до выздоровления
- 4) в пределах средних сроков, но не более 15 дней, с последующим
- 5) направлением на
- 6) КЭК и при наличии лицензии

22. ВЫДАЕТСЯ ЛИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ЛИЦАМ – БЕЖЕНЦАМ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) выдается на общих основаниях
- 2) не выдается
- 3) выдается при наличии оформленного статуса беженца

23. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СЛЕДУЕТ ВЫДАТЬ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ В ГОСТИ ИЗ КИЕВА

- 1) никакой
- 2) больничный лист, как иногороднему
- 3) справку произвольной формы

24. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ ИЗ БЛИЖНЕГО (СНГ), ДАЛЬНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

- 1) ни в каких
- 2) во всех случаях наличия нетрудоспособности
- 3) если он является работником российского предприятия

25. НА КАКОЙ ДЕНЬ ВРЕМЕННОЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛУЧЕНО РАЗРЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

ИНОГОРОДНЕМУ

- 1) разрешение получать не нужно
- 2) в первый день решения вопроса о выдаче больничного листа
- 3) в любой день нетрудоспособности
- 4) при закрытии больничного листа

26. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ЛИЦУ, НЕ ПРОЖИВАЮЩЕМУ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛПУ

- 1) можно на общих основаниях
- 2) можно только при определенных заболеваниях
- 3) нельзя
- 4) можно с разрешения главного врача

27. МОЖЕТ ЛИ БЫТЬ ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БЕЗРАБОТНОМУ

- 1) не может
- 2) можно только при ургентном заболевании
- 3) можно при госпитализации
- 4) при наличии документа о взятии на учет по безработице

28. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТУ С ЯВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ, КУДА ОН ПРИСЛАН НА КОНСУЛЬТАЦИЮ

- 1) можно
- 2) можно только в случае проживания в данном регионе
- 3) нельзя

29. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ

- 1) да
- 2) нет
- 3) в отдельных случаях

30. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КАКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ НЕ ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

- 1) УЗИ органов брюшной полости
- 2) компьютерная томография
- 3) ректороманоскопия
- 4) гастроскопия с биопсией
- 5) сцинтиграфия

31. КАКОЙ ДОКУМЕНТ НЕ УДОСТОВЕРЯЕТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЕ

- 1) справка из приемного отделения
- 2) больничный лист
- 3) справка о бытовой травме
- 4) справка бытовой формы

32. КАКИЕ ИЗ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ, ПОВЛЕКШИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, НЕ КВАЛИФИЦИРУЮТСЯ КАК БЫТОВАЯ ТРАВМА

- 1) ожог солнечными лучами
- 2) укус насекомого или животного
- 3) пищевое отравление
- 4) отравление снотворными препаратами

5) отравление угарным газом

33. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭК И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ

- 1) днем направления на МСЭК
- 2) днем регистрации документов в МСЭК
- 3) днем освидетельствования
- 4) больничный лист может быть продолжен

34. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СЧИТАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ РЕЖИМА

- 1) несоблюдение предписанного лечения
- 2) несоблюдение режима
- 3) отказ от госпитализации
- 4) несвоевременная явка на прием

35. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ СО ВЧЕРАШНЕГО ДНЯ

- 1) можно, если пациент внушает доверие
- 2) если сохраняются признаки нетрудоспособности
- 3) нельзя
- 4) да, если медицински подтвержден факт нетрудоспособности накануне

36. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОЛИКЛИНИКА МОЖЕТ ПРОДОЛЖИТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

- 1) до месяца
- 2) до выздоровления
- 3) до 4 месяцев
- 4) не более 10 месяцев

37. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭК ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ

- 1) возраст пациента
- 2) допущенные дефекты в лечении
- 3) ходатайство предприятия на котором работает больной
- 4) неблагоприятный трудовой прогноз

38. ПАЦИЕНТ, ИМЕЮЩИЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АНГИНЕ НА 10 ДНЕЙ, НА ОЧЕРЕДНОЙ ПРИЕМ К ВРАЧУ ЯВИЛСЯ С ОПОЗДАНИЕМ НА 5 ДНЕЙ.

ТРУДОСПОСОБЕН. КАК ЗАКРЫТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

- 1) днем, когда он должен был явиться на прием
- 2) днем, когда он явился на прием выписаться на работу
- 3) то же, но еще сделать отметку о нарушении режима

39. БОЛЬНОЙ ИМЕЕТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 26.03. НА ПРИЕМ ПРИШЕЛ 26.03 С ОБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ. ОФОРМИТЕ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ.

- 1) продлить больничный лист с 26.03 до 01.04
- 2) то же, но дополнительно сделать отметку о нарушении режима
- 3) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления, сделав отметку о нарушении режима
- 4) нарушении режима

40. МОЖНО ЛИ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ НЕТРУДОСПОСОБНОМУ БЕЖЕНЦУ ИЗ ГРУЗИИ, ВРЕМЕННО РАБОТАЮЩЕМУ РАЗНОРАБОЧИМ В СТРОИТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ?

- 1) можно
- 2) нельзя
- 3) выдать как иногороднему
- 4) на общих основаниях при наличии статуса беженца

41. ГЕНЕЗ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН МОЖНО СВЯЗАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ДАННЫМИ АНАМНЕЗА

- 1) резекцией желудка
- 2) большим количеством детей (родов)
- 3) нефрэктомией
- 4) гипосекреторным гастритом

42. УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ УЖЕ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) для гемолитических анемий
- 2) для железодефицитных анемий
- 3) для множественной миеломы
- 4) для болезни тяжелых цепей

43. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) тошнота, рвота
- 2) жжение в языке
- 3) афтозный стоматит
- 4) тяга к острой пище

44. ЯРКО-КРАСНЫЙ ЯЗЫК НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при амилоидозе
- 2) при тромбоцитопении
- 3) при мегалобластной анемии
- 4) при болезни Гоше

45. ПРОБА НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПРОВОДИТСЯ

- 1) для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору
- 2) для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО
- 3) для выявления аутосенсбилизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора
- 4) для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента
- 5) для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО и для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента

46. ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ВСАСЫВАЕТСЯ

- 1) в желудке
- 2) в нисходящем отделе ободочной кишки
- 3) в двенадцатиперстной и тощей кишках
- 4) в подвздошной кишке
- 5) в желудке, 12 –перстной и тощей кишках

47. ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ ЛУЧШЕ ВСЕГО

- 1) в форме ферритина
- 2) в форме гемосидерина
- 3) в форме гема

- 4) с виде свободного трехвалентного железа
- 5) с виде свободного двухвалентного железа

48. ЗА СУТКИ ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВСОСАТЬСЯ НЕ БОЛЕЕ

- 1) 0.5-1.0 г
- 2) 2.0-2.5 г
- 3) 4.0-4.5 г
- 4) 10.0-12.0 г

49. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обильные и длительные менструальные кровопотери
- 2) болезни пищевода
- 3) геморрой
- 4) опухоли желудочно-кишечного тракта
- 5) хронический гастрит с пониженной секреторной функцией

50. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
- 2) гломусные опухоли
- 3) алкогольный гепатит
- 4) гематурическая форма гломерулонефрита
- 5) желудочно-кишечное кровотечение и гломусные опухоли
- 6)

51. СРЕДИ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ЧЕРЕЗ ЖКТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) проба Грегерсена
- 2) проба Вебера
- 3) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома
- 4) определение уровня железа в кале

52. ПРИЧИНУ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, СВЯЗАННОЙ С КРОВОПОТЕРЕЙ ЧЕРЕЗ ЖКТ, ДИАГНОСТИРУЮТ С ПОМОЩЬЮ

- 1) эндоскопического и рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта
- 2) селективной ангиографии чревного ствола и мезентериальных артерий
- 3) ревизии органов брюшной полости при диагностической лапаротомии
- 4) всех перечисленных методов

53. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ДОНОРА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ

- 1) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь
- 2) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно
- 3) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу
- 4) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально

54. ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННОЙ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) имевшийся ранее латентный дефицит железа
- 2) многоплодная беременность
- 3) несовместимость с мужем по системе АВО

55. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НАЗНАЧАЮТ

- 1) препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой

2) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно

3) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой

4) препараты железа внутрь на длительный срок

56. ПРАВИЛЬНЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) вегетарианская диета с обилием яблок, моркови, гранатов, орехов

2) необходимость в ежедневном приеме икры, мяса, птицы, белой рыбы

3) ежедневное употребление в пищу 300 г паштета из говяжьей печени

4) длительный прием препаратов железа внутрь

57. БЕРЕМЕННОЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ

1) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью

2) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь

3) перелить эритроцитарную массу перед родами

4) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek

58. ДЛЯ АНЕМИИ, СВЯЗАННОЙ СО СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ХАРАКТЕРНЫ

1) гиперхромия эритроцитов

2) высокий ретикулоцитоз

3) базофильная пунктация эритроцитов

4) появление шизоцитов

59. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ

1) гиперхромия эритроцитов

2) микроцитоз эритроцитов

3) глюкозурия

4) гиперурикемия

60. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ

1) инвазия широким лентецом

2) инвазия острицами

3) язвенная болезнь желудка

4) катаракта

61. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНСУЛИНА НАБЛЮДАЕТСЯ

1) гипергликемия

2) гипополипотеинемия 3) торможение гликогенолиза

4) торможение глюконеогенеза

5) уменьшение образования кетоновых тел

62. НАРУШЕНИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ

КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л)

1) натощак < 6,7; через 2 часа после > 7,8 и < 11,1

2) натощак < 6,0 через 2 часа после > 6,1 и < 7,0

3) натощак < 6,1 через 2 часа после > 7,2 и < 11,0

4) натощак < 5,6 через 2 часа после > 7,8 и < 11,1

63. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1) жирового гепатоза
- 2) гепатита
- 3) цирроза
- 4) желчно-каменной болезни

64. НОРМАЛЬНЫЙ БАЗАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 8.3-10.1 ммоль/л
- 2) 6.2-9.3 ммоль/л
- 3) 2.7-5.5 ммоль/л
- 4) 3.8-6.7 ммоль/л
- 5) 3.3-5.5 ммоль/л

65. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 8.43 ммоль/л
- 2) 7.22 ммоль/л
- 3) 9.6 ммоль/л
- 4) 10.1 ммоль/л
- 5) 7.8 ммоль/л

66. К ИНСУЛИНАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ (6-8 ЧАСОВ) ОТНОСЯТ

- 1) протафан
- 2) монотард
- 3) актрапид
- 4) хумалог

67. ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФАНИЛАМИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПОКАЗАНО

- 1) при сахарном диабете II типа средней тяжести
- 2) при диабетической нефропатии III стадии
- 3) при перенесенном гепатите
- 4) при гестационном диабете

68. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ БИГУАНИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие сахарного диабета II типа в сочетании с ожирением
- 2) наличие сахарного диабета II типа в сочетании с почечной недостаточностью
- 3) наличие сахарного диабета II типа в сочетании с хроническими заболеваниями, сопровождающимися тканевой гипоксией
- 4) гестационный диабет

69. ДЛЯ ЛАКТАЦИДОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) дыхание типа Куссмауля
- 2) запах ацетона изо рта
- 3) обезвоживание
- 4) острое начало

70. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕГЛИТИНИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие сахарного диабета I типа в сочетании с ожирением
- 2) наличие кетоацидоза
- 3) наличие сахарного диабета II типа в сочетании с ожирением
- 4) наличие сахарного диабета II типа без ожирения с выраженной гипергликемией после еды
- 5) наличие сахарного диабета II типа без ожирения и без выраженной гипергликемии после еды

71. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ТИАЗОЛИДИНДИОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие сахарного диабета I типа без осложнений
- 2) наличие кетоацидоза
- 3) наличие сахарного диабета II типа с преобладанием инсулинорезистентности
- 4) наличие сахарного диабета II типа без ожирения

72. К ИНКРЕТИНОМИМЕТИКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) репаглинид
- 2) глимепирид
- 3) пиоглитазон
- 4) эксенатид

73. ИНКРЕТИНОМИМЕТИКИ ПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1) СД 1 типа
- 2) СД с тяжелой почечной недостаточностью
- 3) беременности
- 4) СД 2 типа в качестве монотерапии
- 5) СД 2 типа как дополнение к метформину, производным сульфанилмочевины для улучшения гликемического контроля

74. НЕДОПУСТИМЫЕ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВЛЮЧАЮТ

- 1) препарат сульфанилмочевины + бигуанид
- 2) препарат сульфанилмочевины + инсулин
- 3) препарат сульфанилмочевины + меглитинид
- 4) меглитинид + бигуанид
- 5) бигуанид + эксенатид

75. К АНАЛОГАМ ИНСУЛИНА ЧЕЛОВЕКА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ

- 1) лантус
- 2) хумулин регуляр
- 3) актрапид
- 4) хумалог

76. HbA1c В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2 – 4%
- 2) 4 – 6%
- 3) 6,1 – 7,5%
- 4) 7,5 – 9%

77. ГИПОГЛИКЕМИЮ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ

- 1) избыток глюкозагона
- 2) избыток инсулина
- 3) избыток глюкокортикостероидов
- 4) избыток соматотропного гормона

78. ГЕМОФТАЛЬМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) непролиферативной стадии диабетической ретинопатии
- 2) препролиферативной стадии диабетической ретинопатии
- 3) пролиферативной стадии диабетической ретинопатии
- 4) диабетической катаракты

79. ПРИ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ ПОТЕРЯ БЕЛКА С МОЧОЙ В СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до 30 мг

- 2) 30 – 299 мг
- 3) более 300 мг

80. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1) любые таблетированные сахаропонижающие препараты
 - 2) аналоги инсулина короткого действия
 - 3) аналоги инсулина длительного действия
 - 4) препараты человеческого инсулина
- Тема «С артериальной гипертензией»

81. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ

- 1) кратковременные эпизоды головокружений
- 2) нарушения сердечного ритма и проводимости
- 3) наличие периферических отеков
- 4) боль в теменной и затылочной областях
- 5) боль за грудиной

82. КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ

- 1) систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое – равно или ниже 90 мм рт. ст.
- 2) систолическое давление – ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое – ниже 90 мм рт. ст.
- 3) систолическое давление – ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.

83. ВЫБЕРИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) избыточная масса тела
- 2) потребление алкогольных напитков
- 3) избыточное потребление белка
- 4) уровень ежегодного потребления поваренной соли

84. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ ЭКГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

- 1) остроконечный зубец Р в отведениях II, III
- 2) гипертрофия левого желудочка
- 3) блокада правой ножки пучка Гиса
- 4) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II

85. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ?

- 1) снижение удельного веса
- 2) лейкоцитурия
- 3) микрогематурия
- 4) повышение удельного веса

86. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

- 1) сужение вен
- 2) извитость сосудов
- 3) расширение артерий сетчатки
- 4) кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии

87. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшение размеров почек
- 2) дистопия почек
- 3) нарушение функции почек
- 4) сужение почечной артерии на 20%
- 5) наличие признаков конкрементов в лоханке

88. АБСОЛЮТНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов
- 2) увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
- 3) высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты
- 4) низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрации в моче
- 5) отсутствие гипотензивного эффекта α -адреноблокаторов

89. ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) ишемии внутренних органов ниже места сужения
- 2) тромбоза вен нижних конечностей
- 3) недостаточности мозгового кровообращения
- 4) присоединения атеросклероза магистральных артерий
- 5) нарушения микроциркуляции в коронарных артериях

90. ОСНОВНЫМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КОАРКТАЦИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение АД на нижних конечностях
- 2) гипотензия при измерении АД на верхних конечностях
- 3) брадикардия высоких градаций
- 4) гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты
- 5) увеличение ОЦК

91. ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРАНАНГЛИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР

- 1) изолированного диастолического
- 2) с асимметрией на верхних и нижних конечностях
- 3) кризового
- 4) изолированного систолического

92. ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) стеноза почечной артерии
- 2) фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии
- 3) фиброваскулярной дисплазии почечной артерии
- 4) тромбоза почечной артерии

93. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бессолевая диета
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) β -блокаторы
- 4) хирургическое лечение
- 5) антагонисты кальция

94. В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРЕПАРАТАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) пенициллины
- 2) бронхолитики
- 3) кромогликат натрия
- 4) препараты из солодки

95. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТОВ РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- 1) кризанола
- 2) делагил
- 3) аспирин
- 4) ибупрофен
- 5) гидрокортизон

96. К ОСНОВНЫМ ГРУППАМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) β -блокаторы
- 2) инъекции дибазола
- 3) антагонисты кальция
- 4) ингибиторы АПФ
- 5) блокаторы рецепторов ангиотензина II

97. ЭФФЕКТАМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) коронаролитический
- 2) снижение уровня мочевой кислоты в крови
- 3) диуретический
- 4) гипотензивный

98. ВЫСОКАЯ ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) гипертиреоза
- 2) гипертонической болезни
- 3) атеросклероза аорты
- 4) нефрогенной гипертонии
- 5) диэнцефального синдрома

99. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА 42 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I СТЕПЕНИ И ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ МОЖНО НАЧАТЬ С

- 1) индапамида
- 2) празозина
- 3) бисопролола
- 4) изоптина
- 5) клофелина

100. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА 56 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2 СТЕПЕНИ И ХОБЛ МОЖНО НАЧАТЬ С

- 1) атенолола
- 2) диакарба
- 3) рамиприла
- 4) верапамила
- 5) ирбесартана

Ключ к тестам:

1) 2; 2) 5; 3) 3; 4) 2, 3, 4; 5) 4; 6) 1, 2; 7) 1, 2, 4, 5; 8) 1, 3, 4, 5; 9) 1, 2, 3, 5; 10) 1, 3, 5; 11) 5; 12) 5; 13) 2, 3; 14) 1,2; 15) 1,2; 16) 4; 17) 1, 3; 18) 4; 19) 1; 20) 1, 2, 3, 4; 21) 4; 22) 3; 23) 3; 24) 3; 25) 2; 26) 4; 27) 4; 28) 3; 29) 3; 30) 1, 2, 4, 5; 31) 1, 3, 4; 32) 3, 4; 33) 2; 34) 1, 3, 4; 35) 3; 36) 3; 37) 1, 2, 3; 38) 1; 39) 1; 40) 4; 41) 2; 42) 1, 2; 43) 4; 44) 3; 45) 5; 46) 3; 47) 3; 48) 2; 49) 1; 50) 1; 51) 3; 52) 4; 53) 4; 54) 1; 55) 4; 56) 4; 57) 1; 58) 3; 59) 1; 60) 2; 61) 1; 62) 1; 63) 1; 64) 5; 65) 5; 66) 3; 67) 1; 68) 1; 69) 1; 70) 4; 71) 3; 72) 4; 73) 5; 74) 3; 75) 1; 76) 2; 77) 2; 78) 3; 79) 2; 80) 1; 81) 1,2,3,4; 82) 1; 83) 1,4; 84) 2; 85) 2,3,4; 86) 2,4; 87) 3; 88) 1; 89) 1; 90) 4; 91) 3; 92) 1,2,3,4; 93) 4; 94) 4; 95) 4,5; 96) 1,3,4,5; 97) 1,4; 98) 4; 99) 1,4; 100) 3,4,5

4. Ситуационные задачи

Задача 1. Больной К. 57 лет лечился у участкового терапевта на дому по поводу Гипертонической болезни с 07.03 по 02.04. Улучшения не наступило, напротив, пациент чувствует себя все хуже.

Вопросы и задания:

1. Будет ли выдан лист нетрудоспособности?
2. Сроки временной утраты трудоспособности?
3. Кто при оформлении подпишет лист нетрудоспособности?
4. Какова должна быть тактика лечащего врача при ведении больного?

Ответы:

1. Да.
2. С 7 марта по 2 апреля.
3. Единолично в срок до 15 дней - участковый терапевт, одновременно на срок до 10 дней.
4. Консультация врача-кардиолога или заведующего отделением поликлиники, или направление на стационарное лечение, или направление на клиничко-экспертную комиссию (КЭК).

Задача 2. Больной Д. 46 лет, работающий на предприятии, в связи с инфарктом миокарда находится на больничном листе с 04.04 по 07.06. Прогноз неблагоприятный. Вопросы и задания:

1. Следует ли и далее продлевать больничный лист?
2. Есть ли показания для направления пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭК) для решения вопроса об инвалидности?
3. Как в данном случае решается вопрос о наличии признаков стойкой утраты трудоспособности и о направлении больного на МСЭК?
4. Какие документы должны быть оформлены при направлении больного на МСЭК?

Ответы:

1. Да, следует, поскольку состояние нетрудоспособности сохраняется.
2. Да, поскольку имеет место неблагоприятный прогноз заболевания.
3. Решением клиничко-экспертной комиссии (КЭК) поликлиники.
4. На заседании КЭК оформляются: записи в амбулаторной карте больного, заключение в журнале КЭК, посылный лист в МСЭК, продлевается больничный лист.

Задача 3. 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 легких 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 тона на а. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край печени гладкий. Отеки стоп и голеней. Симптом поколачивания

отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9 /л$, 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. aureus*, 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. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии.

Обоснуйте свой выбор.

5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответы:

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3 по NYHA.

2. Диагноз основного заболевания не вызывает сомнений: наблюдались 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита, а также лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа, анемия, свойственные трикуспидальной локализации инфекционного эндокардита.

3. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, биохимических анализов крови (функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина), маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХОКГ в динамике; УЗИ исследование почек; консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-психиатранарколога.

4. С момента постановки диагноза – немедленная госпитализация. Исключить прием наркотических средств. Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка (OSSA). Пациенту должна быть назначена антибактериальная терапия в соответствии с существующими рекомендациями при стафилококковом инфекционном эндокардите: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином – 1 г/сут в течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 6 недель.

5. Через 6 недель регулярной антибактериальной терапии температура должна стойко нормализоваться, гемокультура в посеве крови не выделяться. Продолжить динамическое наблюдение. С учетом патологии клапанов есть показания к оперативному лечению - выполнение операции протезирования трикуспидального клапана

Задача 4. 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 СКДЕРІ) = 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 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, 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 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?

Ответы:

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIP класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПСаА1. Экзогенноконституциональное ожирение I степени.

2. Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке) и инструментальных данных (стойкие подъемы сегмента ST или «новая», впервые возникшая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ). Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в легких. Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС). Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечнососудистых событий расценен как очень высокий (4). Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м²,

повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев. Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.

3. Предпочтительная стратегия реперфузии – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболизиса, который, в частности, может быть начат уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболизиса должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ-центр для рутинной коронарографии.

4. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 150-300 мг с переходом на 75- 100 мг перорально ежедневно. Предпочтительные блокаторы P2Y₁₂ рецепторов - Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг с последующим 90 мг 2 раза в сутки). Используется двойная антиагрегантная терапия, так как она уменьшает частоту неблагоприятных коронарных событий за счет блокады альтернативных путей активации тромбоцитов.

5. С учетом клинических данных вероятно развитие у пациента ранней постинфарктной стенокардии (нестабильная стенокардия IIIС класс по Браунвальду). Для исключения рецидива инфаркта миокарда требуется динамика маркеров некроза миокарда (тропонин, КФК-МВ) через 6 и 12 часов, а также контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов. При отрицательной динамике - провести повторную коронароангиографию (исключить тромбоз стента).

Задача 5. 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. Мочепускание 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 - 11×10^9 /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответы:

1. Внебольничная пневмония бактериальная (возбудитель не уточнен), полисегментарная с локализацией в средней и нижней долях правого легкого, тяжелое течение, осложненная ОДН.

2. Стадия начала болезни обычно выражена очень отчетливо. Заболевание возникло остро, среди полного здоровья внезапно появился озноб, отмечается повышение температуры тела 39°С, боли в грудной клетке при кашле, головная боль, сухой кашель, общая слабость. Отмечается одышка с ЧДД - 24 в 1 минуту, укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания справа в нижней доли, лейкоцитоз - более $13,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерный сдвиг влево до юных форм, рентгенологические признаки - инфильтрация легочной ткани.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы: на 2-3 день и после окончания антибактериальной терапии; биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, креатинин, мочевины, глюкоза, электролиты, фибриноген, СРБ): при поступлении и через 1 неделю при наличии изменений или клиническом ухудшении; пульсоксиметрия при поступлении и в динамике; исследование газов артериальной крови: ежедневно до нормализации показателей; рентгенография органов грудной клетки: в динамике (при отсутствии эффективности стартовой антибактериальной пневмонии через 48-72 часа, через 34 недели - оценка динамики разрешения пневмонии); электрокардиография в стандартных отведениях; общий анализ мокроты и бактериологическое исследование мокроты для определения возбудителя пневмонии и определения чувствительности последнего к антибактериальным препаратам; мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Бактериологическое исследование крови. Уровень прокальцитонина (коррелирует с тяжестью состояния пациента, прогнозом и этиологией – выше при бактериальной инфекции). Экспрестесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

4. Пациента необходимо госпитализировать. Режим постельный. При ОДН: кислородотерапия. При тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) назначение антибиотиков должно быть неотложным. Пациент без факторов риска инфицирования *P. aeruginosa* и аспирации.

Препаратом выбора являются внутривенное введение препаратов (Цефтриаксон, Цефотаксим, Цефепим, Цефтаролин, Эртапенем или ингибиторзащищенные пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат 1,2 г внутривенно капельно 3 раза в сутки)) в комбинации с внутривенными макролидами (Кларитромицин, Азитромицин), Азитромицин - 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки 3 дня, через 3 дня при нормализации температуры переход на пероральный прием препарата этого же класса: Амоксициллин/Клавуланат 1 г 2 раза в сутки. Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. Критерии адекватности антибактериальной терапии: температура тела ниже 37,5°С; отсутствие интоксикации; отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД - менее 20 в минуту); отсутствие гнойной мокроты; количество лейкоцитов в крови - менее 10×10^9 /л, нейтрофилов - менее 80%, юных форм - менее 6%; отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме - Амброгексал 0,3 г 3 раза в день перорально.

5. Антибактериальная терапия неэффективна. Требуется смена антибактериальной терапии на респираторные фторхинолоны. Из фторхинолонов предпочтение Левофлоксацину

500 мг 2 раза в день в/в капельно, Моксифлоксацину 400 мг в/в капельно. Методический центр аккредитации специалистов_Лечебное дело_2018 5 В случае неэффективности антибактериальной терапии провести обследование пациента для уточнения диагноза, выявления осложнений внебольничной пневмонии, оценить результаты микробиологических исследований. Оценить необходимость проведения диагностической фибробронхоскопии с биопсией бронха и исследования промывных вод бронхов – бактериальный посев, исследования на кислотоустойчивые микроорганизмы, атипичные клетки СКТ органов грудной клетки при наличии неэффективности антибактериальной терапии

Задача 6. 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, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота желто-зеленого 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 объем, 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 приемный 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 легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отеков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$, Нв -165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зеленого 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 Δ 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

Ответы:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелого течения, 4 степени, с выраженными симптомами, высокий риск, в фазе инфекционного обострения. Индекс курения 45 пачка/лет. ДН 2 ст.

2. Длительное предшествующее курение табака - индекс курения 45 пачка/лет – фактор риска хронической обструктивной болезни легких. Симптомы медленно прогрессируют. Увеличение объема и гнойность мокроты, усиление одышки, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево свидетельствуют об обострении инфекционного характера. По оценке одышки опросником – 4 балла, ОФВ1 - менее 50%, обострения 2 раза за прошедший год – свидетельствуют о выраженности симптомов и высоком риске обострения, и пациент будет отнесен к группе Д. По ФВД отсутствует обратимая бронхиальная обструкция. Прирост в бронхолитической пробе - менее 12%, снижение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ1 - 29% - 4 степень.

3. Анализы крови: АСТ, АЛТ, билирубин, фибриноген, С-реактивный белок, калий, натрий, креатинин, мочевины, кислотно-щелочное равновесие, газы крови артериальной. Анализы мокроты: посев мокроты на микрофлору, чувствительность флоры к антибиотикам, мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Мониторинг пиковой скорости выдоха. Рентгенография грудной клетки (оценка пневмофиброза, эмфиземы, очагово-инфильтративных теней). ЭКГ, ЭХО-кардиография (оценка легочной гипертензии). Специальные методы исследования: бодиплетизмография (оценка легочных объемов), спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (оценка объема эмфиземы).

4. Диета ОВД. Режим общий. Отказ от курения. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Терапия инфекционного обострения и лечение пациентов группы Д Беродуал 0,5 мл – 1 мл + Хлорид натрия 0,9% - 2 мл×3 раза в день через небулайзер (комбинация м-холиноблокатора и 2- адреномиметика). Ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета-адреномиметики (комбинированные препараты Сальметерол/Флутиказон - 25/125 мкг 2 вд 2 раза, Формотерол/Будесонид - 4,5/160 мкг 2 вд 2 раза и др.) + пролонгированный м холинолитик (Тиотропия бромид - 18 мкг 1 раз в сутки (блокатор м3-холинорецепторов в дыхательных путях) или Гликопиррония бромид - 50 мкг 1 раз в день ингаляционно или Аclidиния бромид 1 вд 2 раза в день и др.). Отхаркивающие препараты Амброгексал - 30 мг 3 раза в день или ацетилцистеин - по 600 мг 1 раз в день растворить в 100 мл воды. Так как имеется инфекционное обострение, наиболее вероятными возбудителями в данном случае могут быть *Haemophilus influenzae* PRSP, Энтеробактерии, грам-, *P. aeruginosa*; необходимо назначить антибактериальный препарат Ципрофлоксацин (400 мг 2 раза в день в/в капельно) и др. препараты с антисегментарной активностью. ЛФК. Дыхательная гимнастика. Аэрозольтерапия с 0,9% раствором Хлорида натрия или щелочной минеральной водой, сульфатом магния.

5. Продолжить лечение согласно наличию высокого риска категории пациентов Д с хронической обструктивной болезнью легких. Отказ от курения. Легочная реабилитация. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Вакцинация против гриппа, вакцинация против пневмококковой инфекции, ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета2-агонисты + длительно действующие м-холинолитики (например, Формотерол/Будесонид 4,5/160 мкг 2 вдоха 2 раза в день порошок ингалятор + Тиотропия бромид 5 мкг 1 раз в день респимат или другие варианты). N-ацетилцистеин - 600 мг 1 раз в день. При наличии буллезной эмфиземы легких возможно их хирургическое удаление.

Задача 7. 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 объеме, отеки 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. Отеки стоп и нижней трети голеней. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. 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 объеме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа 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 селезенки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9 /л$, 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. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоledох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 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?

Ответы:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печеночная энцефалопатия I ст.

2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печеночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звездочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печеночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печеночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочеви́на, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген легких.

4. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен прием невоссывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворенных в воде × 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия. Спиронолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

5. Печеночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.)

Задача 8. Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отеки до нижней трети голени. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочеви́на - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9 /л$, глюкоза

натошак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКДЕРІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области щек, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на щеках), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении (100×10^9 /л), лейкопении ($1,6 \times 10^9$ /л), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).

3. Пациенту рекомендовано: УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита. Рентгенография грудной клетки (поражение легких). ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит). Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплемента, гемостазиограмма.

4. Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно капельно в течение трех дней). Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите.

5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочнокишечного тракта, катаракты, глаукомы.

Задача 9. Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2 °С с ознобами, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость. Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное

среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезенка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см. Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$ /л, Нв - 78 г/л, тромбоциты - 30×10^9 /л, лейкоциты – $28,9 \times 10^9$ /л, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30.

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. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

Ответы:

1. Острый лейкоз, дебют. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.

2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: гепатоспленомегалии, геморрагического, анемического синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями являются лабораторные данные: в общем анализе крови - лейкоцитоз (реже лейкопения), наличие бластных клеток, симптом лейкоемического «провала», анемии (гемоглобин - 78 г/л соответствует средней степени тяжести) и тромбоцитопении.

3. Основными исследованиями для уточнения диагноза являются: общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкоемический «провал», анемия, тромбоцитопения); стерильная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме); цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов); диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии); УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезенки).

4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. Лечение включает цитостатическую терапию: используется полихимиотерапия по стандартным программам в зависимости от варианта лейкоза. Этапы лечения включают: индукцию ремиссии, консолидацию, поддерживающую терапию, профилактику нейролейкемии. При остром лимфобластном лейкозе используется 8-недельная программа Хольцера, при остром миелобластном лейкозе – терапия по протоколу «7+3». Используются следующие препараты: Преднизолон, Винкристин, Рубомицин, Цитозар, Циклофосфан, 6Меркаптопурин, Аспарагиназа, Этопозид. Сопроводительная терапия: для улучшения функции почек, уменьшения степени гиперурикемии – Аллопуринол, противорвотная терапия, гемостатическая терапия (трансфузии тромбоконцентратов), заместительные трансфузии эритроцитсодержащих сред. При плохом прогностическом индексе в фазе ремиссии заболевания показано проведение аллогенной трансплантации костного мозга.

5. К осложнениям острого лейкоза относятся кровотечения различной локализации; язвеннонекротические поражения слизистых желудочно-кишечного тракта; инфекционные поражения; поражение нервной системы (специфическая инфильтрация ЦНС, кровоизлияния).

К побочным действиям цитостатических препаратов относят миелотоксический агранулоцитоз (с высоким риском инфекционных осложнений), диспепсические расстройства (тошнота, рвота), поражение эпителия слизистых оболочек (мукозит, энтеропатия), алопеция.

Задача 10. Больной 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 лег 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 легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см снаружи 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 реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков 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.

Ответы:

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложненный гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачко-лет.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложненный гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным анамнеза.

3. Лечение больного с неосложненным ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложненном ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложненном гипертоническом кризе (ГК) возможно, как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и

клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Нифедипин, Каптоприл, Клонидин, Пропранолол, Празозин.

4. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий. Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчета скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек. Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отек соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.

Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости. Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать еще один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе, и в конечном итоге ведет к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД $\geq 160/100$ мм рт. ст., имеющим высокий и очень

высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полноразовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.