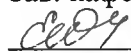


Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Кафедра Терапии

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой терапии

 доц. Ю.Н. Березюк
Пр. № 2 от «20» сентября 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

Направление подготовки:

3.31.05.02 «Педиатрия»

Квалификация выпускника:

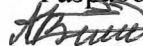
ВРАЧ-ПЕДИАТР

Форма обучения:

ОЧНАЯ

Год набора 2021

Разработал: ассистент

 А.Э Власенко

«20» сентября 2024 г.

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине «Факультетская терапия, эндокринология»

1. В результате освоения дисциплины «Факультетская терапия, эндокринология» у обучающихся должны быть сформированы следующие компетенции:

Категория (группа) компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
Лечение заболеваний и состояний	ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИД ОПК-7.1 Знать: - современные основные и безопасные методы лечения заболеваний в педиатрической практике - способы контроля эффективности и безопасности лечебных мероприятий в педиатрии, - правила получения, добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение лечения - принципы назначения лечебного питания с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни и состояния в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) ИД ОПК-7.2 Уметь: -составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания, оценить эффективность проводимого лечения -оказывать скорую медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях -назначить диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни - назначать медикаментозную и немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - назначать диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами

		лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - разъяснять детям, их родителям (законным представителям) и лицам, осуществляющим уход за ребенком, необходимость и правила приема медикаментозных средств, проведения немедикаментозной терапии и применения диетотерапии ИД ОПК-7.3 Владеть: - разработкой плана лечения болезней и состояний ребенка - навыками назначения немедикаментозной терапии ребенку - навыком назначения диетотерапии ребенку - умением сформировать у детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, приверженности лечению - знаниями по выполнению рекомендаций по назначению медикаментозной и немедикаментозной терапии, назначенной ребенку врачами-специалистами
Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	ПК-7 Готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	ИД ПК-7.1 Знать: - методику сбора и оценки данных о состоянии здоровья ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком (наследственные и хронические заболевания) - особенности диагностики и клинического течения заболеваний у детей раннего возраста - методику получения и оценки информации о возрасте родителей в момент рождения ребенка, вредных привычках, работа с вредными и (или) опасными условиями труда, жилищных условиях и неблагоприятных социально-гигиенических факторах - методику сбора и оценки анамнеза жизни ребенка - от какой беременности и какой по счету ребенок, исходы предыдущих беременностей, течение настоящей беременности и родов, состояние ребенка в динамике, начиная с момента рождения, продолжительность естественного, смешанного и искусственного вскармливания, определения массы тела

		и роста, индекса массы тела ребенка различного возраста, оценки физического и психомоторного развития детей по возрастно-половым группам - методику получения и оценки информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте) - методику получения и оценки информации о профилактических прививках (перечень и в каком возрасте) и поствакцинальных осложнениях (перечень и в каком возрасте), о результатах Манту и диаскин-теста - методику сбора и оценки анамнеза болезни (жалобы, сроки начала заболевания, сроки первого и повторного обращения, проведенная терапия) - методику оценки состояния и самочувствия ребенка, осмотра и оценки кожных покровов ИД ПК-7.2 Уметь: - устанавливать контакт с ребенком, родителями (законными представителями) и лицами, осуществляющими уход за ребенком - составлять генеалогическое дерево в пределах трех поколений родственников начиная с больного ребенка - получать информацию о наличии наследственных и хронических заболеваний у ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком - получать информацию о возрасте родителей и их вредных привычках (табакокурение, прием алкоголя, психоактивных веществ) в момент рождения ребенка, о профессиональных вредностях, жилищных условиях, неблагоприятных социально-гигиенических факторах, воздействующих на ребенка - получать информацию об анамнезе жизни ребенка, в том числе от какой беременности и какой по счету ребенок, об исходах предыдущих беременностей, о течении настоящей беременности и родов, состоянии ребенка при рождении
--	--	--

		и в период новорожденности, о продолжительности естественного, смешанного и искусственного вскармливания - получать информацию о поствакцинальных осложнениях, результатах реакции Манту и диаскин-теста - получать информацию о жалобах, сроках начала заболевания, сроках первого и повторного обращения, проведенной терапии - оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания паллиативной медицинской помощи детям - обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования детей - интерпретировать результаты лабораторного обследования детей по возрастно-половым группам - обосновывать необходимость и объем инструментального обследования детей - интерпретировать результаты инструментального обследования детей по возрастно-половым группам - обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам - обосновывать необходимость направления детей на госпитализацию ИД ПК-7.3 Владеть: - получением данных о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком - сбором анамнеза жизни ребенка - получением информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте) - получением информации о профилактических прививках - сбором анамнеза заболевания - оцениванием состояния и самочувствия ребенка - направлением детей на лабораторное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов
--	--	---

		медицинской помощи; при необходимости информирование родителей детей (их законных представителей) и детей старше 15 лет о подготовке к лабораторному и инструментальному обследованию - направлением детей на инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - направлением детей на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания паллиативной медицинской помощи детям - проведением дифференциального диагноза с другими болезнями, и постановка диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
--	--	---

2.Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
7 семестр			
1.	Раздел «Пульмонология». Темы 1-3	ОК-1, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-16, ПК-20.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
2.	Раздел «Гастроэнтерология». Темы 4-7	ОК-1, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-16, ПК-20.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
8 семестр			
3.	Раздел «Кардиология». Темы № 1-7.	ОК-1, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-16, ПК-20.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам

			и клиническим задачам.
4.	Раздел «Эндокринология». Темы 8-9	ОК-1, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-16, ПК-20.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
Промежуточная аттестация: экзамен		ОК-1, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-16, ПК-20.	Экзамен: собеседование по билетам, решение клинических задач.

3. Примерный перечень оценочных средств

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенной теме	Вопросы для собеседования. Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=4519
2	Кейс-задачи	Вид самостоятельной работы обучающегося по систематизации информации в рамках постановки или решения конкретных проблем, направленный на развитие мышления, творческих умений, усвоение знаний, добытых в ходе активного поиска и самостоятельного решения проблем. Метод активного проблемно-ситуационного анализа, основанного на обучении путем решения конкретных задач-ситуаций, предназначенного для совершенствования навыков и получения опыта в диагностике и лечении; осмысления значения деталей, описанных в ситуации; анализа и синтеза информации и принятия решений Метод решения кейс-задач относится к интерактивным и имитационным методам обучения	Кейс-задачи. Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=4519
3	Итоговое	Средство контроля усвоения учебного материала раздела или разделов, темы дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Билеты для проведения итогового занятия. Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=4519
4	Разноуровневые клинические задачи и задания	Задачи и задания: а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического	Ситуационные задачи. Электронный вариант на портале:

		материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины; б) реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей; в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.	http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=4519
5	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Примеры тестовых заданий. Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=4519
6	Реферат	Вид самостоятельной работы обучающегося, содержащий информацию, дополняющую и развивающую основную тему, изучаемую на аудиторных занятиях. Ведущее место занимают темы, представляющие профессиональный интерес и несущие элемент новизны.	Темы рефератов. Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=4519
7	Доклад, сообщение	Вид внеаудиторной самостоятельной работы по подготовке небольшого по объёму устного сообщения для озвучивания на семинаре, практическом занятии. Сообщаемая информация носит характер уточнения или обобщения, несёт новизну, отражает современный взгляд по определённым проблемам. Сообщение отличается от докладов и рефератов не только объёмом информации, но и её характером – сообщения дополняют изучаемый вопрос фактическими или статистическими материалами. Оформляется задание письменно, оно может включать элементы наглядности (иллюстрации, демонстрацию)	Темы сообщений. Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=4519
8	Экзаменационные материалы	Итоговая форма оценки знаний	Вопросы к экзамену.

			Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=4519
--	--	--	--

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Т.Г. ШЕВЧЕНКО»
Медицинский факультет

Кафедра терапии

**Примеры вопросов к контрольным работам по дисциплине
«Факультетская терапия, эндокринология»**

Перечень вопросов к Контрольной работе № 1

1. Определение пневмонии.
2. Современные классификационные подходы пневмоний.
3. «Золотой стандарт» в диагностике пневмоний.
4. Критерии степеней тяжести пневмонии.
5. Этиотропное лечение внебольничной пневмонии.
6. Этиотропное лечение внутрибольничной пневмонии.
7. Этиотропное лечение атипичной пневмонии.
8. Этиотропное лечение аспирационной пневмонии.
9. Основные причины смерти от пневмонии.
10. Классификация острой дыхательной недостаточности по степеням.
11. Классификация хронической дыхательной недостаточности по стадиям.
12. Механизмы бронхиальной обструкции.
13. Основные патогенетические моменты в патогенезе бронхиальной астмы.
14. Что такое эндогенная бронхиальная астма?
15. Что такое экзогенная бронхиальная астма?
16. Критерии тяжести бронхиальной астмы.
17. Что такое III ступень тяжести бронхиальной астмы?
18. Симптоматическая терапия бронхиальной астмы (группы препаратов).
19. Базисная терапия бронхиальной астмы (группы препаратов).
20. Классификация и клиническая картина астматического статуса.
21. Диагностика астматического статуса I стадии.
22. Принципы лечения астматического статуса в зависимости от стадии.
23. Классификация ХОБЛ.
24. Признаки обострения ХОБЛ.
25. Определение легочного сердца.
26. Классификация легочного сердца.
27. Диагностика компенсированного легочного сердца.
28. Диагностика декомпенсированного легочного сердца.
29. Принципы лечения легочного сердца.
30. Что такое пикфлоуметрия?
31. Что такое бронходилатационный тест?
32. Цефтриаксон, спектр антимикробного действия, средняя доза.
33. Амоксициллин, спектр антимикробного действия, средняя доза.
34. Ципрофлоксацин, спектр антимикробного действия, средняя доза.
35. Макропен, спектр антимикробного действия, средняя доза.

Перечень вопросов к Контрольной работе № 2

1. Основные патогенетические механизмы развития ГЭРБ.
2. Клиническая картина и тактика ведения пациента со средней степенью тяжести ГЭРБ.

3. Дифференциальная диагностика гастритов.
4. Перечислить и охарактеризовать основные факторы защиты и агрессии при заболевании желудка и ДПК.
5. Классификация гастритов.
6. Клинико-лабораторная характеристика гастрита типа В.
7. Тактика ведения пациента с гастритом типа А.
8. План обследования пациента с Хроническим гастритом и его обоснование.
9. Роль инструментальных методов обследования (эндоскопии и биопсии) в верификации диагноза язвенной болезни.
10. Принципы лечения пациента с язвенной болезнью.
11. Характеристика болевого синдрома в зависимости от локализации язвы.
12. Дифференциальная диагностика язвенной болезни и хронического гастрита типа В.
13. Краткая характеристика клинической картины осложнений язвенной болезни.
14. Врачебная тактика при развитии осложнений язвенной болезни.
15. Классификация хронического энтерита.
16. Характеристика степеней тяжести хронического энтерита.
17. Клинико-лабораторная характеристика общих и местных проявлений при энтерите.
18. Принципы лечения обострения хронического энтерита.
19. Интерпретация результатов лабораторно-инструментального обследования больного с хроническим колитом.
20. Клинико-лабораторная характеристика проявлений хронического колита.
21. План обследования с интерпретацией возможных результатов лабораторно-инструментальных обследований при неспецифическом язвенном колите.
22. Принципы лечения неспецифического язвенного колита.
23. Классификационные подходы хронического панкреатита.
24. Клиническая характеристика клинических форм хронического панкреатита.
25. Принципы лечения хронического панкреатита в фазе обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Перечень вопросов к Контрольной работе № 3

1. Перечислить клинические формы ИБС.
2. Классификация нестабильной стенокардии по Браунвальду.
3. Что означает по классификации нестабильной стенокардии (Браунвальда) ПА; ПБ?
4. Что относится к ОКС?
5. Патогенез ОКС (основные моменты).
6. Патогенетическое лечение ИБС (характеристика основных групп препаратов).
7. Клинические варианты начала ОИМ.
8. Лабораторно-инструментальная диагностика ОИМ.
9. Характеристика ранних осложнений ОИМ.
10. Характеристика поздних осложнений ОИМ.
11. ЭКГ при не Q-ОИМ нижней стенки и верхушки.
12. План обследования больных ИБС.
13. Стандарт лечения неосложненного ОИМ.
14. Клиническая картина и тактика лечения при I ФК стабильной стенокардии напряжения.
15. Лечение ОИМ, осложненного ОШН ФК.
16. Стандарты лечения отека легких в зависимости от уровня А/Д.
17. Характеристика СН ТТТФК (NYHA).
18. Характеристика НК ТТТА (классификация Мухарлямова Н.М.).
19. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности.
20. Определения и принципы диагностики Артериальной гипертензии.
21. Причины развития САГ.
22. Классификация АГ по уровню повышения АД и ее применение.
23. Классификация АГ по стадиям (ВОЗ).

24. Классификация АГ по степени риска.
25. Характеристика основных групп современных антигипертензивных препаратов.
26. Определение и клиническая картина гипертонического криза.
27. Дифференциальная диагностика при ГК Т и ТТ типов.
28. Принципы лечения Гипертонического криза в зависимости от типа и наличия осложнений.
29. Факторы риска для АГ (перечислить).
30. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия Р-адреноблокаторов.
31. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия иАПФ.
32. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия диуретиков.
33. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия нитратов и нитратоподобных.
34. Клиническая картина вторичной кардиомиопатии.
35. Классификация и принципы формулировки диагноза при вторичных КМП.
36. Митральный стеноз: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
37. Недостаточность митрального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
38. Стеноз устья аорты: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
39. Недостаточность аортального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
40. Коарктация аорты: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
41. Классификация миокардитов.
42. Характеристика средней степени тяжести миокардита.
43. Критерии миокардита.
44. Принципы лечения миокардитов.
45. Патогенез основных синдромов миокардита.
46. Клиника диффузного миокардита.
47. Инструментальная диагностика миокардита.
48. Клиника сухого перикардита.
49. Лабораторно-инструментальная диагностика выпотного перикардита.
50. Принципы лечения миокардита тяжелой степени тяжести.
51. Клиника дилатационной кардиомиопатии.
52. Патогенез основных клинических проявлений рестриктивной кардиомиопатии.
53. Клиническая картина и принципы лечения гипертрофической кардиомиопатии.
54. Патогенез ОРЛ.
55. Классификация ревматизма.
56. Диагностические критерии ОРЛ.
57. Характеристика суставного синдрома при ОРЛ.
58. Клиника поражения сердца при ОРЛ.
59. Характеристика острого течения ОРЛ.
60. Клинико-лабораторная характеристика умеренной степени активности ревматизма.
61. Критерии излеченности при эндокардите.
62. Принципы рациональной антибактериальной терапии при эндокардите.
63. Клиника поражения сердца при эндокардите.

64. Патогенез эндокардита.
65. Профилактика ревматизма.

Перечень вопросов к Контрольной работе № 4

1. Диффузный токсический зоб: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика степеней тяжести, диагностика, принципы лечения.
2. Гипотиреоз: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Острый тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
4. Подострый тиреоидит: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
5. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
6. Эндемический зоб: признаки эндемичности местности, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
7. Сахарный диабет: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика I и II типов сахарного диабета, диагностика, лечение (диетотерапия, инсулинотерапия, пероральные сахароснижающие препараты).
8. Острые осложнения сахарного диабета: клиническая картина, диагностика, принципы лечения ком.
9. Поздние осложнения сахарного диабета: классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
10. Хроническая надпочечниковая недостаточность: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
11. Болезнь Иценко-Кушигина: патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
12. Несахарный диабет: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
13. Феохромоцитома: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
14. Синдром Конна: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
15. Ожирение: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
16. Акромегалия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
17. Гигантизм: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

Примеры билетов к контрольным работам

БИЛЕТ №1 1. Этиотропное лечение внутрибольничной пневмонии 2. Что такое III степень тяжести бронхиальной астмы? 3. Принципы лечения легочного сердца.
БИЛЕТ №3 1. Классификация нестабильной стенокардии по Браунвальду 2. Характеристика ранних осложнений ОИМ.

3. Стандарты лечения отека легких в зависимости от уровня АД.

БИЛЕТ №5

1. Классификация и принципы формулировки диагноза при вторичных КМП.
2. Классификация миокардитов.
3. Клиника сухого перикардита.

Критерии оценки:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует полное знание и понимание теоретического содержания курса, без пробелов; показывает сформированность практических умений в конкретных ситуациях; высокое качество выполнения всех предусмотренных программой обучения учебных заданий (оценены числом баллов, близким к максимальному); высокий уровень мотивации учения.

- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует полное знание и понимание теоретического содержания курса, без пробелов; недостаточная сформированность некоторых практических умений в конкретных ситуациях; достаточное качество выполнения всех предусмотренных программой обучения учебных заданий (некоторые виды заданий выполнены с ошибками); средний уровень мотивации учения;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует знание и понимание теоретического содержания курса с незначительными пробелами; характерны несформированность некоторых практических умений при применении знаний в конкретных ситуациях, низкое качество выполнения учебных заданий (оценены числом баллов, близким к минимальному); низкий уровень мотивации учения;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся при незнании и непонимании теоретического содержания курса (значительные пробелы), несформированности некоторых практических умений при применении знаний в конкретных ситуациях, при низком качестве выполнения учебных заданий (оценены числом баллов, ниже минимального количества).

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»
Медицинский факультет

Кафедра терапии

**Примеры тестовых заданий по дисциплине
«Факультетская терапия, эндокринология».**

1. **Наиболее опасным путем поступления ртути в организм является:**
 - а) кожные покровы;
 - б) ингаляционный;
 - в) пищеварительный тракт;
2. **Назовите основной рентгенологический признак долевой пневмонии:**
 - а) гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
 - б) картина ателектаза
 - в) тяжистый легочный рисунок
 - г) очаговые тени
 - д) диффузное снижение прозрачности

3. Компонентами бронхиальной обструкции являются все следующие механизмы за исключением:

- а) задержки мокроты
- б) ларингоспазма
- в) воспаления бронхов
- г) бронхоспазма

4. Какой признак не характерен для острого абсцесса легких?

- а) гектическая лихорадка
- б) тонкостенная полость без уровня жидкости
- в) эластические волокна в мокроте
- г) нейтрофильный лейкоцитоз
- д) примесь крови в мокроте

5. Какое заболевание может приводить к развитию хронического легочного сердца?

- а) хронический обструктивный бронхит
- б) силикоз
- в) фиброзирующий альвеолит
- г) ожирение
- д) все перечисленные заболевания

6. Какой спирографический показатель наиболее информативен для диагностики бронхиальной астмы:

- а) ЖЕЛ
- б) ОФВ1
- в) Ровд
- г) РОвыд
- д) ПСВ (пиковая скорость выдоха)

7. Важнейшим из перечисленных дифференциально-диагностических признаков ХОБЛ является:

- а) экспираторное диспноэ
- б) кашель с отделением мокроты
- в) ослабленное или жесткое везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, сухими жужжащими и влажными мелкопузырчатыми хрипами
- г) необратимая или частично обратимая бронхиальная обструкция
- д) все перечисленное

8. Ингаляционные глюкокортикоиды пациентам бронхиальной астмой показаны при:

- а) легком интермиттирующем течении
- б) легком персистирующем течении
- в) среднем персистирующем течении
- г) в каждом из перечисленных случаев

9. Какое из следующих лекарств может подозреваться как возможная причина бронхиальной астмы:

- а) ацетилсалициловая кислота
- б) гидроокись магния
- в) фамотидин
- г) дифенгидамин

д) каптоприл

10. Какой антибиотик является препаратом выбора при лечении внебольничной пневмонии, клиническо-рентгенологически определяемой как пневмококковая:

- а) амоксициллин
- б) цефтриаксон
- в) ампициллин
- г) левофлоксацин
- д) котримоксазол

11. У ВИЧ-инфицированного пациента появился сухой кашель, одышка в покое. На R-граммах легких 2-стороннее тотальное затемнение по типу «матового стекла». Какой препарат необходимо назначить:

- а) Амоксициллин
- б) левофлоксацин
- в) цефтриаксон
- г) котримоксазол
- д) амикацин

12. К тромболитикам относят все лекарственные препараты, кроме:

- а) альтеплазы
- б) стрептокиназы
- в) панцитрата
- г) тенектеплазы
- д) урокиназы

13. Препаратом выбора при пароксизме суправентрикулярной тахикардии является:

- а) дигоксин
- б) пропранолол
- в) аденозин
- г) дилтиазем
- д) нитроглицерин 0,5 мг под язык

14. Инфаркт миокарда, возникший через 4 недели и более от предыдущего, считается:

- а) повторным
- б) возвратным
- в) рецидивирующим
- г) хроническим
- д) острым

15. Особенностью клиники стабильной стенокардии напряжения является:

- а) отсутствие связи приступа с эмоциональным стрессом
- б) связь приступа с физической нагрузкой
- в) возникновение приступа в любое время суток
- г) предчувствие появления приступа
- д) отсутствие изменений на ЭКГ

16. Подъем сегмента ST на ЭКГ характерен для:

- а) стенокардии Принцметала
- б) остром перикардите
- в) остром инфаркте миокарда

- г) всех вышеупомянутых заболеваниях
- д) артериальной гипертензии

17. Противопоказаниями к назначению ингибиторов АПФ являются:

- а) диабетическая нефропатия
- б) двусторонний стеноз почечной артерии
- в) застойная сердечная недостаточность
- г) обструктивные заболевания легких
- д) сахарный диабет

18. Основными органами-мишенями при АГ являются:

- а) почки, печень, головной мозг, сетчатка, сердце
- б) сердце, сетчатка, скелетная мускулатура, головной мозг
- в) артерии, печень, почки, сердце, сетчатка
- г) сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка
- д) сердце, печень, артерии, головной мозг, почки

19. Основным компонентом лечения бактериального инфекционного эндокардита являются:

- а) НПВС
- б) ГКС
- в) цитостатики
- г) антибиотики
- д) противовирусные препараты

20. Для аортальной недостаточности типично следующее изменение АД:

- а) высокое систолическое и диастолическое АД
- б) нормальное систолическое и повышенное диастолическое АД
- в) нормальное или повышенное систолическое АД и сниженное диастолическое АД
- г) АД не изменяется
- д) легочная гипертензия

21. Основной ЭКГ признак при ТЭЛА это синдром:

- а) S3Q3T1
- б) S1Q1T3
- в) S1Q3T3
- г) S3Q3T3

22. Шум, выявляемый при аортальном стенозе является?

- а) систолическим
- б) протосистолическим
- в) мезосистолическим
- г) пресистолическим
- д) протодиастолическим

23. Для AV-блокады 3 степени характерны все перечисленные признаки, за исключением:

- а) частоты пульса – 36 в минуту
- б) правильного ритма
- в) учащения пульса при физической нагрузке
- г) увеличения систолического артериального давления
- д) меняющейся интенсивности тонов сердца

24. Повышенная выработка какого гормона обуславливает повышение артериального давления при феохромоцитоме?

- а) АКТГ
- б) СТГ
- в) адреналина
- г) тироксина
- д) альдостерона

25. Наиболее характерные нарушения гемодинамики при митральном стенозе это:

- а) увеличение КДО левого желудочка
- б) увеличение давления в левом предсердии
- в) увеличение сердечного выброса
- г) снижение давления в левом желудочке

26. Какой признак не соответствует диагнозу гипертоническая болезнь I ст. для больного 35 лет?

- а) зубец R V5-V6 равен 32 мм
- б) клубочковая фильтрация 80 мл/мин
- в) отсутствие изменений глазного дна
- г) быстрая нормализация АД
- д) уровень мочевой кислоты = 7 мг % (0,40 ммоль/л)

27. Какой из перечисленных лабораторных показателей подтверждает развитие инфаркта миокарда в первые 4 часа от начала заболевания?

- а) АСТ
- б) КФК
- в) ЛДГ
- г) щелочная фосфатаза
- д) γ – глютаматтранспептидаза

28. Каков характер болей при язвенной болезни 12-перстной кишки?

- а) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
- б) схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
- в) постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
- г) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2–3 часа после еды
- д) боли через 30 мин после еды

29. Назовите подходящую фармакологическую группу для препарата альмагель:

- а) блокатор H_2 – гистаминорецепторов

- б) холинолитик общего действия
- в) холинолитик местного действия
- г) антацид
- д) миотоник

30. Выберите наиболее характерные клинические симптомы холангита:

- а) боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
- б) приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
- в) кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос
- г) фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
- д) тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью

31. Высокий уровень амилазы в крови возможен при всех перечисленных состояниях, кроме:

- а) разрыва панкреатической кисты
- б) хронической застойной сердечной недостаточности
- в) внематочной беременности
- г) паротита
- д) острого панкреатита

32. Какой симптом является наиболее характерным проявлением неспецифического язвенного колита?

- а) разлитая боль в животе
- б) жидкий стул
- в) частые кровянистые испражнения
- г) узловатая эритема
- д) боли в суставах

33. При угрозе печеночной комы следует назначить диету, с ограничением:

- а) углеводов
- б) белка
- в) жиров
- г) жидкости
- д) минеральных солей

34. Какой из перечисленных препаратов показан при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью?

- а) атропин
- б) натуральный желудочный сок
- в) альмагель
- г) циметидин
- д) гистамин

35. Какой из перечисленных симптомов наиболее рано появляется при билиарном циррозе печени?

- а) кровоточивость десен
- б) увеличение селезенки

- в) кожный зуд
- г) повышение АсАт и АлАт
- д) снижение уровня холинэстеразы

36. Боли, возникающие при глотании это :

- а) дисфагия
- б) одиофагия
- в) диспепсия
- г) атаксия
- д) мелена

37. Пептическая язва пищевода может развиваться при:

- а) остеопорозе
- б) синдроме рейтера
- в) гэрб
- г) ахалазии кардии
- д) хроническом гепатите

38. Желудочный сок содержит:

- а) пепсин, липазу и ренин
- б) трипсин, липазу и ренин
- в) трипсин, липазу и ренин
- г) трипсин, пепсин и ренин
- д) амилазу, липазу, трипсин

39. Какой из следующих симптомов не связан с функциональным расстройством желудка:

- а) ощущение переполнения желудка после приема пищи
- б) боль в эпигастральной области
- в) мелена
- г) изжога
- д) отрыжка

40. Какая группа препаратов назначается одновременно с препаратами висмута для лечения инфекции *h.pylori*:

- а) антациды
- б) антибиотики
- в) нгибиторы апф
- г) антагонисты h₂-гистаминовых рецепторов
- д) противовирусные препараты

41. Какие профессиональные заболевания могут развиваться спустя несколько лет после прекращения контакта с производственными факторами?

- а) вибрационная болезнь.
- б) экзогенный аллергический альвеолит.
- в) силикоз.
- г) хроническая интоксикация бензолом.
- д) пылевой бронхит.

42. При хронической бензольной интоксикации анемия может быть:

- а) железodefицитная.
- б) связана с нарушением синтеза порфинов.
- в) гипопластическая.
- г) гемолитическая.
- д) связана с нарушением синтеза ДНК и РНК.

43. Какие препараты показаны при выраженной форме свинцовой интоксикации?

- а) переливание эритроцитной массы.
- б) тетацин-кальция.
- в) Д-пеницилламин.
- г) витамины группы В.
- д) спазмолитики.

44. Какая анемия развивается при хронической свинцовой интоксикации?

- а) железodefицитная.
- б) связанная с нарушением синтеза порфиринов.
- в) гипопластическая.
- г) гемолитическая.
- д) связанная с нарушением синтеза ДНК и РНК.

45. Для диагностики профессиональной бронхиальной астмы концентрация при работе в контакте с производственным аллергеном:

- а) имеет решающее значение.
- б) не имеет решающего значения.

46. При каком стаже работы может развиваться пылевой бронхит?

- а) 6 месяцев.
- б) 2-5 лет.
- в) 7-10 лет.
- г) 20 лет и более.
- д) через 10 лет после ухода с предприятия.

47. Какое вещество раздражающего действия вызывает развитие токсического отека легких?

- а) хлор.
- б) сероводород.
- в) серистый ангидрид.
- г) фтористый бериллий.

48. Основным показателем контроля эффективности и безопасности гепаринотерапии при остром коронарном синдроме является:

- а) холестерин
- б) фибриноген
- в) активированное частичное тромбопластиновое время или МНО
- г) протромбиновый индекс
- д) время свертывания

49. Массаж каротидного синуса купирует:

- а) трепетание предсердий
- б) фибрилляцию предсердий
- в) суправентрикулярную экстрасистолию
- г) пароксизмальную суправентрикулярную тахикардию

50. Для шума трения плевры характерно все, за одним исключением:

- а) выслушивается на вдохе и выдохе;
- б) усиливается при надавливании стетоскопом;
- в) изменяется или исчезает (на короткое время) после кашля;
- г) слышится при имитации вдоха и выдоха, когда больной плотно закрыл рот и нос.

51. Профессиональными заболеваниями от воздействия биологических факторов в условиях производственного контакта являются все, кроме:

- а) туберкулеза легких;
- б) ревматизма;
- в) бруцеллеза;
- г) сибирской язвы;

52. Ведущим клиническим признаком бронхолита является:

- а) одышка;
- б) кашель;
- в) боли в грудной клетке;

53. Какие лекарственные средства применяются для лечения пневмокониозов?

- а) антибиотики.
- б) сульфаниламиды.
- в) противотуберкулезные препараты.
- г) щелочные ингаляции.
- д) биостимуляторы.

54. Кому предоставлено право выдавать трудовой больничный лист?

- а) цеховому врачу.
- б) врачу врачебно-консультативной комиссии.
- в) главному врачу.

55. Какие виды пыли способствуют развитию силикоза?

- а) углеродосодержащая.
- б) органическая.
- в) содержащая свободную двуокись кремния.
- г) металлическая.

Ключ к тестовым заданиям.

1.б	12.в	23.д	34.б	45.б
2.а	13.в	24.д	35.в	46.в
3.б	14.а	25.б	36.б	47.г
4.б	15.б	26.а	37.в	48.в
5.д	16.г	27.б	38.а	49.г
6.б	17.б	28.г	39.в	50.г
7.г	18.г	29.г	40.б	51.б

8.г	19.г	30.г	41.в	52.а
9.а	20.в	31.б	42.в	53.г
10.а	21.в	32.в	43.б	54.а
11.г	22.б	33.б	44.б	55.в

Критерии оценки:

100–85% выполнение тестов – оценка «отлично»

84–75% выполнение тестов – оценка «хорошо»

74–61% выполнение тестов – оценка «удовлетворительно»

60% и < выполнение тестов – оценка «неудовлетворительно»

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский факультет

Кафедра терапии

Примеры ситуационных/клинических задачи по дисциплине «Факультетская терапия, эндокринология»

Задача 1.

Пациент П., 64 года, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,3°C, одышку при умеренной физической нагрузке, болевые ощущения умеренной интенсивности в правой половине грудной клетки, возникающие при кашле и глубоком вдохе, общую слабость, потливость и головную боль. Заболел остро три дня назад, после переохлаждения. При обращении в поликлинику по месту жительства врач назначил гентамицин по 80 мг в/м 2 раза в день, мукалтин 3 таблетки в день, аспирин. На фоне лечения существенной положительной динамики не отмечено.

Пациент - бывший военнослужащий, в настоящее время на пенсии, работает вахтером. Курит в течение 22 лет по 1,5-2 пачки сигарет в день. Периодически (2-3 раза в год) после переохлаждения или ОРВИ отмечает появление кашля с отхождением желто-зеленой мокроты, в последние два года появилась одышка при умеренной физической нагрузке.

При осмотре выявлено следующее: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, умеренной влажности, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела - 37,6°C. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое - 22 в минуту. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно на фоне коробочного звука отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки, в этой же области - усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, справа ниже угла лопатки - зона крепитации. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС - 102 в минуту, АД - 118/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин - 15,6 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 43%, лейкоциты - 14,4 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты - 18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ - 32 мм/ч.

В анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК - отсутствуют; определяются грамположительные диплококки.

На рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях определяются участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск,
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска анализ жалоб пациента позволяет заподозрить острое воспалительное (с учетом остроты динамики, вероятнее всего инфекционное) заболевание дыхательных путей. Данные анамнеза (длительное курение, периодический кашель с мокротой, появление одышки) свидетельствуют о наличии у пациента недиагностированного хронического заболевания легких - ХОБЛ, что наряду с возрастом (64 года), может быть фактором риска развития пневмонии. В имеющемся конкретном случае провоцирующим фактором является переохлаждение. Данные физического исследования на 2-м этапе диагностического поиска предполагают наличие у пациента двух синдромов - бронхитического (сухие жужжащие хрипы) и синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация). Наличие лихорадки, крепитации, изменение дыхательных шумов, тахикардии при отсутствии анамнестических указаний на наличие бронхиальной астмы с высокой долей вероятности позволяют заподозрить диагноз внебольничной пневмонии (специфичность данного симптомокомплекса составляет 92-97%).

На 3-м этапе диагностического поиска результаты лабораторных исследований также свидетельствуют в пользу наличия острого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков). Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания. Диагноз пневмонии подтверждает рентгенологическое исследование органов грудной клетки (наличие инфильтрации легочной ткани).

Таким образом, клинический диагноз пациента: «Внебольничная пневмококковая (?) правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелого течения».

В плане дополнительных исследований больному необходимо проведение ФВД для оценки бронхиальной проходимости. Пациенту следует отказаться от курения. С учетом предполагаемой этиологии и предрасполагающих факторов следует назначить цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами и отхаркивающие средства (амброксол), при необходимости - противовоспалительные средства (аспирин), а также, после проведения ФВД, возможно назначение бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - 5 суток с момента нормализации температуры тела.

Задача 2

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа.

Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом эффект достигался. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей - экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

В анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спираль Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены.

ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ₁ - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ₁ - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска, анализируя жалобы пациентки на приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой и приступы удушья, можно выделить основной клинический синдром - бронхообструктивный. У больной имеются также факторы риска - отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, постоянный контакт с веществами антигенной природы по роду профессиональной деятельности, частые острые респираторные заболевания, наличие аллергических реакций на пищевые продукты и антибиотики. Из анамнеза заболевания известно, что пациентка в течение многих лет страдает аллергическим заболеванием полости носа и околоносовых пазух, что необходимо расценивать как фактор риска развития аллергического поражения нижних дыхательных путей. Впервые респираторные симптомы возникают после перенесенного ОРЗ, что определяет значимость инфекционного фактора в качестве

триггера патологического процесса. Однако яркие признаки бронхообструктивного синдрома развиваются у пациентки весной, в период цветения. Значимым является положительный эффект от проводимой терапии бронхолитиками и антигистаминными препаратами. Однако базисная противовоспалительная терапия не проводилась, что, вероятнее всего, и определило прогрессирование болезни. Таким образом, на основании результатов 1-го этапа диагностического поиска можно предположить развитие у больной аллергического поражения дыхательных путей. Выделенные клинические синдромы, факторы риска развития болезни, делают наиболее вероятным диагноз бронхиальной астмы. Указание на роль аллергии и инфекции позволяет предположить инфекционно-аллергический генез болезни. Ежедневные дневные и ночные симптомы указывают на тяжелое течение бронхиальной астмы и фазу обострения заболевания. Однако поставить достоверный диагноз возможно только после проведения трех этапов диагностического поиска и исключив другие заболевания, которые могут сопровождаться бронхообструктивным синдромом.

На 2-м этапе диагностического поиска объективное обследование больной выявляет внелегочные проявления аллергии - экзематозные бляшки, затрудненное носовое дыхание. Подтверждается также наличие бронхообструктивного синдрома - при аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы в большом количестве. Наличие диффузного «теплого» цианоза свидетельствует в пользу вентиляционно-перфузионных нарушений, тахипноэ, перкуторный коробочный звук над областью легких - признак викарной эмфиземы. Выявленные признаки можно расценить как осложнения болезни. Таким образом, 2-й этап диагностического поиска подтвердил предположения, высказанные после 1-го этапа, и не обнаружил клинических признаков других заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом.

На 3-м этапе диагностического поиска при оценке результатов лабораторно-инструментального обследования больной выявлена эозинофилия крови - признак общей аллергической реакции; эозинофилы мокроты, кристаллы Шарко-Лейдена - подтверждение местной аллергической реакции. Обнаружение в мокроте спиралей Куршмана свидетельствует о бронхообструкции. По результатам исследования ФВД выявлена генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (постбронходилатационный тест положительный, прирост ОФВ₁ - 29%), соответствующая тяжелому течению БА (ОФВ₁ < 60%). Результаты рентгенологического исследования подтверждают эмфизему легких - повышение воздушности, уплощение купола диафрагмы; указывают на диффузный воспалительный процесс в бронхах - утолщение стенок бронхов.

Таким образом, на основании результатов проведенного диагностического поиска можно поставить следующий диагноз: «Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, тяжелого течения, в фазе обострения. Эмфизема легких. ХДН II ст. ОДН I ст».

Учитывая тяжесть течения и обострение заболевания, больной целесообразно назначить небулайзерную терапию: ингаляционные глюкокортикостероиды 4 мг/сут (пульмикорт по 2 мг 2 раза в день) в сочетании с β_2 -агонистами короткого действия (вентолин 5 мг 4 раза в сутки). Необходимо также назначить мукосекретолитики (амброксол через небулайзер). Учитывая выраженный общий аллергический ответ, возможно также назначение антигистаминных препаратов (лоратадин).

После купирования обострения заболевания пациентке необходимо длительное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (1000 мкг/сут) в сочетании с пролонгированными β_2 -агонистами: формотерол (оксис) 4,5 мкг по 1 вдоху 2 раза в день. Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии.

Задача 3

Пациент К., 72 года, находится в урологическом стационаре по поводу аденомы предстательной железы. На четвертые сутки после цистостомии отмечено повышение

температуры тела максимально до 38,9°C, с ознобом, что сопровождалось выраженной слабостью, одышкой, учащенным сердцебиением.

Больной курит в течение 50 лет по пачке сигарет в день, в течение 20 лет страдает артериальной гипертонией, 15 лет - сахарным диабетом 2-го типа, в последние 4-5 лет отмечает приступы стенокардии напряжения, соответствующие II ФК (по CCS).

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Число дыхательных движений в покое 30 в минуту. При пальпации грудной клетки - умеренно выраженная болезненность в паравerteбральных точках, перкуторный звук коробочный, слева ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В этой же области определяется усиление голосового дрожания и шепотная пекторалая. Аускультативно: дыхание жесткое, выслушивается большое количество сухих жужжащих хрипов над всей поверхностью легких, слева ниже угла лопатки определяется зона влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, тахикардия (до 110-115 ударов в минуту), мягкий систолический шум на верхушке, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области правого подреберья и эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены. Область цистостомического дренажа не изменена, моча отходит свободно, обычного цвета. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено.

В анализах крови: эритроциты - 4,6 млн, гемоглобин - 151, Hct- 43%, ЦП - 0,83, лейкоциты - 16,4 тыс. (п/я - 4%, с/я - 80%), лимфоциты -12%, эозинофилы - 2%, базофилы - 0%, моноциты -2%), СОЭ - 42 мм/ч, СРБ - +++.

В анализах мочи (по дренажу): удельный вес - 1018, белок -0,023 ед, сахара нет, лейкоциты - 4-6-8 в поле зрения.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска анализ жалоб пациента позволяет заподозрить острое воспалительное (с учетом остроты развития, вероятнее всего, инфекционное) заболевание нижних дыхательных путей. Данные анамнеза (длительное курение) предполагают наличие недиагностированного хронического заболевания легких - ХОБЛ, что наряду с возрастом больного - 72 года и имеющимся у него сахарным диабетом может быть фактором риска развития пневмонии. При этом развитие клинической симптоматики более чем через 48 часов после госпитализации свидетельствует в пользу внутрибольничной инфекции.

На 2-м этапе диагностического поиска анализ данных непосредственного исследования предполагает наличие у пациента двух синдромов - бронхитического (сухие жужжащие хрипы) и синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация). Одышка и периферический цианоз могут указывать на развитие у пациента пожилого возраста с вероятной ХОБЛ дыхательной недостаточности. Наличие лихорадки, слизисто-гнойной мокроты, крепитации, изменение дыхательных шумов, тахикардия с высокой долей вероятности позволяют заподозрить внутрибольничную пневмонию. Результаты лабораторных исследований также свидетельствуют в пользу наличия острого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков). Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет

предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания. Диагноз «пневмония» подтверждает рентгенологическое исследование органов грудной клетки (инфильтрация легочной ткани в области нижней доли левого легкого). Снижение парциального напряжения кислорода в капиллярной крови свидетельствует о гипоксемии на фоне дыхательной недостаточности (1 тип).

Таким образом, клинический диагноз «Внутрибольничная (нозокомиальная) левосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелого течения. ОДН II ст». Больной относится к третьей категории риска (III а). В плане дополнительных исследований необходимо проведение ФВД для оценки бронхиальной проводимости. Пациенту следует отказаться от курения. Учитывая тот факт, что оперативное лечение проводилось в минимальном объеме (цистостомия) при отсутствии интубации и ИВЛ, а также развитие клинических проявлений в пределах пяти суток после госпитализации, можно предполагать, что этиология пневмонии связана с обычной распространенной пневмококковой инфекцией (это косвенно подтверждает наличие грамположительных кокков в анализе мокроты). С учетом тяжести состояния и наличия факторов, модифицирующих лечение (возраст, ХОБЛ, СД) пациенту следует назначить в качестве эмпирической терапии карбапенем в сочетании с фторхинолоном. Кроме того, возможно назначение муколитических средств (амброксол), при необходимости - противовоспалительных средств (аспирин), а также, после проведения ФВД, бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). С учетом гипоксемии целесообразно проведение кислородотерапии. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - пять суток с момента нормализации температуры тела. В качестве профилактических мер следует убедить пациента в необходимости отказа от курения и рассмотреть вопрос об иммунизации противопневмококковой вакциной.

Задача 4

Пациент К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что кашель беспокоит в течение последних семи лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики, с положительным эффектом. В течение последних двух лет стал отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-летнего возраста по пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних трех дней, когда вновь усилился кашель с отхождением небольшого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,5°C.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C. Над легкими при перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 22 в минуту. Пульс - 80 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст.

В общем анализе крови: эритроциты - 4,5 млн, гемоглобин - 145 г/л, ЦП - 0,95, лейкоциты - 10 тыс. (п/я - 5%, с/я - 57%), лимфоциты - 27%, моноциты - 8%, эозинофилы - 3%, СОЭ - 23 мм/ч.

В общем анализе мокроты: лейкоциты - 60-80 в поле зрения, макрофаги - много, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не найдены, БК и атипичные клетки не обнаружены.

Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, легочные поля повышенной прозрачности, стенки бронхов уплотнены, корни расширены.

ФВД: ЖЕЛ - 57%, ОФВ₁ - 64%, МОС 25 - 53%, МОС 50 - 49%, МОС 75 - 58%; после ингаляции беротека: ЖЕЛ - 60%, ОФВ₁ - 68%, МОС 25 - 56%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 62%.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска в качестве ведущих можно выделить жалобы на кашель и одышку при умеренной физической нагрузке, что может свидетельствовать о заболевании легких (хронический бронхит, бронхиальная астма), а также быть проявлением сердечной недостаточности, развившейся на фоне имеющихся заболеваний сердечно-сосудистой системы. Однако отсутствие указаний на поражение органов кровообращения в анамнезе, длительный стаж курения, частые обострения заболевания после перенесенных ОРВИ делают наиболее вероятным предположение о наличии у пациента поражения органов дыхательной системы. Субфебрильная лихорадка может говорить в пользу обострения заболевания. В связи с отсутствием приступов удушья в анамнезе, данных о пищевой и лекарственной аллергии диагноз бронхиальной астмы представляется сомнительным, однако для его полного исключения необходимо дальнейшее проведение диагностического поиска. Присоединение одышки в последние годы можно объяснить прогрессированием заболевания и появлением признаков дыхательной недостаточности.

На 2-м этапе диагностического поиска обращают на себя внимание данные перкуссии и аускультации легких. Коробочный звук при перкуссии может свидетельствовать о начальных стадиях формирования эмфиземы легких на фоне имеющегося поражения бронхо-легочного дерева. Характеристика выслушиваемых хрипов и аускультации соответствует проявлениям бронхообструктивного синдрома в рамках хронического бронхита. Диагноз бронхиальной астмы можно окончательно исключить только на 3-м этапе диагностического поиска. Также не подтверждается предположение о сердечно-сосудистом генезе жалоб: у пациента отсутствуют такие признаки недостаточности кровообращения, как периферические отеки и тахикардия.

На 3-м этапе диагностического поиска диагноз хронического бронхита окончательно подтвердился. У пациента имеется обострение заболевания, о чем свидетельствуют не только данные 1-го этапа и физикального обследования, но и такие неспецифические признаки воспаления, как лейкоцитоз и повышение СОЭ, а также увеличенное количество лейкоцитов в общем анализе мокроты. Наличие бронхообструктивного синдрома подтверждено данными функции внешнего дыхания. Снижение проходимости бронхов разного калибра и отрицательная реакция на ингаляцию беродуала позволяют окончательно отвергнуть диагноз бронхиальной астмы и говорить о формировании у пациента хронической обструктивной болезни легких.

Клинический диагноз: «ХОБЛ среднетяжелого течения в фазе обострения. ОДН I ст. на фоне ХДН II ст».

В плане лечения целесообразно назначение пациенту антибиотиков после получения результатов посева мокроты (вероятно, полусинтетических пенициллинов), мукорегуляторов, отхаркивающих средств, пролонгированных теофиллинов в сочетании с дыхательной гимнастикой и массажем грудной клетки. Больному необходимо рекомендовать отказаться от курения, избегать переохлаждений, после нормализации показателей крови и анализа мокроты - периодический курсовой прием иммуномодуляторов для профилактики частых ОРВИ.

Задача 5.

Пациентка Н., 28 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, усиливающиеся натощак, ощущение тяжести в эпигастрии,

тошноту, снижение аппетита и потерю веса около 4 кг за последние 1,5-2 месяца. Считает себя больной около 10 лет, когда впервые появились боли в подложечной области, без четкой связи с приемом пищи, тошнота, позывы к рвоте, периодически изжога после погрешностей в диете. Боли несколько облегчались после приема соды или щелочной минеральной воды. В поликлинике по месту жительства проведено рентгенологическое исследование желудка, при котором было выявлено следующее: натощак значительное количество жидкости, утолщение складок, живая перистальтика, луковица 12-перстной кишки не изменена. Лечилась амбулаторно гастропептином, но-шпой, с кратковременным эффектом. В дальнейшем боли возобновлялись после нарушения диеты (острое, жареное, жирное), четкой сезонности обострений не было. Настоящее обострение около двух месяцев, когда после нарушения диеты (съела грибную солянку) возобновились боли в подложечной области, появились изжога, отрыжка кислым, в дальнейшем присоединились тошнота, позывы к рвоте, исчез аппетит, потеряла в весе за время обострения около 4 кг. Прием но-шпы не принес облегчения. Поступила в клинику для обследования и лечения.

При осмотре состояние удовлетворительное. Питание несколько снижено. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 110/70 мм рт. ст., пульс - 68 в минуту. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастриальной и пилорoduоденальной областях, печень, селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритроциты - 4,3 млн, гемоглобин - 12,7 гр%, лейкоциты - 6,7 тыс., формула крови без особенностей, СОЭ - 11 мм/ч.

Анализ кала на скрытую кровь отрицательный.

При рН-метрии: базальная секреция 1,5, после стимуляции 1,2.

При ЭГДС: пищевод без изменений, кардия смыкается полностью. Слизистая желудка гиперемирована, в желудке натощак много прозрачной жидкости и слизи. Складки слизистой резко утолщены, извиты, в антральном отделе подслизистые кровоизлияния и плоские эрозии. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Взята биопсия из антрального отдела желудка: гиперплазия слизистой, базальная мембрана не изменена, местами имеются скопления лимфоидных элементов, а также очаги кишечной гиперплазии. Множество *Helicobacter pylori* на поверхности и в глубине ямок.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска при анализе жалоб может быть получено первоначальное представление о характере поражения желудка или 12-перстной кишки. Имеющиеся жалобы можно расценить как язвенноподобную диспепсию, которая может быть характерна как для язвенной болезни 12-перстной кишки, так и для хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

В анамнезе имеются указания на выявленные в прошлом повышенные цифры желудочной секреции, а при гастродуоденоскопии - на признаки хронического эрозивного гастрита.

На 2-м этапе диагностического поиска наличие разлитой болезненности в эпигастриальной и пилорoduоденальной областях не противоречит первоначальной диагностической концепции.

На 3-м этапе диагностического поиска в анализах крови существенной патологии не отмечается, обращает на себя внимание повышение секреторной функции желудка при рН-метрии. И конечно, основные данные, позволяющие поставить окончательный диагноз, - эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией, исключающие язвенное и раковое

поражение желудка, о котором никогда нельзя забывать. То есть ЭГДС позволила выявить гиперплазию складок слизистой, гиперемия слизистой, являющиеся внешними признаками хронического гастрита. Гистологическое исследование слизистой подтверждает наличие хронического гастрита В (хеликобактерный гастрит) с утолщением складок слизистой, признаками текущего воспаления и отсутствием изменений со стороны базальной мембраны.

Обнаружение *Helicobacter pylori* на поверхности в глубине ямок также подтверждает диагноз хронического гастрита В. Высокий уровень желудочной секреции, в частности повышение базальной секреции, соответствует данному состоянию.

Таким образом, можно сформулировать окончательный диагноз: «Хронический неатрофический антральный гастрит, ассоциированный с *H. pylori* в фазе обострения». Лечение включает диетические рекомендации (стол № 1), этиологическую (антихеликобактерную) и симптоматическую терапию.

Антихеликобактерная терапия: 7-дневная схема - омепразол 20 мг 2 раза в день + кларитромицин 250 мг 2 раза в день, или тетрациклин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол 500 мг 2 раза в день.

После завершения антихеликобактерной терапии следует продолжить прием антисекреторных препаратов (омепразол) в течение не менее 2 недель.

Для купирования дискинетических симптомов (тошнота, изжога) целесообразно назначить мотилиум по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней, при недостаточной эффективности блокаторов кислотности (если изжога остается) возможно назначение антацидных препаратов (маалокс, альмагель) - коротким курсом до купирования симптомов.

Показано динамическое наблюдение, повторный тест на определение *Helicobacter pylori* не менее чем через 4 недели после завершения курса эрадикации.

Задача 6

Пациент Д., 65 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли и тяжесть в подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошноту, отрыжку воздухом, иногда тухлым, неустойчивый стул (до трех раз в сутки), вздутие живота, слабость, недомогание, похудание на 3 кг за последние два месяца.

Болен в течение 10 лет, когда впервые появились чувство тяжести в верхней половине живота, отрыжка воздухом, неустойчивый стул. Дискомфорт в верхней половине живота, неустойчивый стул возникали периодически, чаще были связаны с нарушением диеты (жирная, жареная пища, прием алкоголя) и проходили через некоторое время самостоятельно. К врачам не обращался, не лечился. В последние пять лет диспептические расстройства стали беспокоить чаще. В поликлинике по месту жительства при исследовании желудочного содержимого, со слов пациента, были выявлены признаки снижения секреторной функции желудка. ЭГДС не проводилась. Лечился но-шпой, ферментными препаратами (мезим-форте, фестал), с кратковременным положительным эффектом. Настоящее ухудшение самочувствия отмечает в течение последних двух месяцев, когда стали нарастать диспептические явления, похудел на 3 кг.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, атрофия и сглаженность сосочков языка, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, ангулярный стоматит. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Пульс - 68 в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, при пальпации разлитая болезненность в эпигастриальной области, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритроциты - 5,3 млн, гемоглобин - 115, лейкоциты - 6,2, цветной показатель - 0,98, формула крови без особенностей, СОЭ - 12 мм/ч.

При исследовании кала проба с бензидином отрицательная. При рН-метрии: базальная секреция 4,5, после стимуляции 3,0.

Гастродуоденоскопия: пищевод не изменен, в желудке небольшое количество жидкости, складки слизистой сглажены, слизистая желудка бледная, атрофичная. Взята биопсия слизистой из тела желудка (атрофия железистого эпителия, признаки кишечной метаплазии, минимальные признаки воспаления, *Helicobacter pylori* антитела к *Helicobacter pylori* не обнаружены).

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска при анализе жалоб можно выделить несколько синдромов, в частности болевой (боли и тяжесть в подложечной области), желудочной и кишечной диспепсии (отрыжка тухлым, тошнота, диарея), которые патогномоничны для хронического гастрита со сниженной секреторной функцией. Вариант течения доброкачественный (большая длительность заболевания, сохраненная работоспособность). Обращает на себя внимание отсутствие сезонности обострения, что тоже является характерным для хронического гастрита. Однако, учитывая малую специфичность данных 1-го этапа, их достоверность для постановки окончательного диагноза относительно невысока.

На 2-м этапе диагностического поиска обращают на себя внимание бледность кожных покровов и видимых слизистых, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, атрофия и сглаженность его сосочков, ангулярный стоматит - симптомы гиповитаминоза (В и С) и, возможно, анемии. Разлитая болезненность при пальпации живота в эпигастральной области свидетельствует об обострении заболевания, хотя и эта информация малоспецифична.

Постановка окончательного диагноза возможна только с учетом данных 3-го этапа диагностического поиска.

В анализах крови обращает на себя внимание умеренная гиперхромная анемия (гемоглобин - 115, цветовой показатель - 0,98), возможно развитие В₁₂-дефицитной анемии. При рН-метрии выявлены низкие показатели желудочной секреции, что является главным признаком данного варианта гастрита. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью происходит и сближение уровней базальной и субмаксимальной кислотообразующей продукции. Характер изменения слизистой желудка выявляется при проведении ЭГДС, при которой отмечены бледность и истонченность слизистой оболочки желудка, сглаженность складок, что можно расценивать как проявление хронического атрофического гастрита. Однако гастроскопия не является абсолютно точным методом. Окончательная диагностика гастрита возможна только с учетом данных биопсии и морфологической оценки изменений слизистой оболочки желудка. Данные биопсии: «В биоптате обнаружены атрофия желез и явления кишечной метаплазии, при этом не выявляются *Helicobacter pylori* антитела к *Helicobacter pylori*».

Диагноз: Хронический аутоиммунный атрофический гипоацидный гастрит в фазе обострения.

Лечение: стол № 1.

Заместительная терапия: препараты, усиливающие секрецию соляной кислоты (настойка травы горькой полыни, сок подорожника или плантаглоцид по 0,5-1 г 3 раза в сутки.). Для защиты слизистой оболочки следует назначить отвар семян льна, белую глину. Для коррекции возможных нарушений кишечного пищеварения - фестал, дигестал, панзинорм-форте, панкреатин по 1 таблетке 3 раза в день во время еды. Необходимо назначение витамина В₁₂

Задача 7.

Пациентка С, 28 лет, во время обследования перед косметической операцией обнаружены антитела к вирусу гепатита С (HCV). Обратилась к инфекционисту, который назначил стандартный комплекс лабораторных исследований. В клиническом анализе крови отмечено снижение уровня гемоглобина до 104 г/л, повышение СОЭ до 37 мм/ч. При биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение активности АлАТ до 420 ед./л, АсАТ до 395 ед./л (норма - до 40 ед.). Состояние расценено как хронический гепатит С, начато лечение альфа-интерфероном и рибавирином.

Через две недели после начала терапии пациентка отметила нарастание слабости, появление болей в крупных суставах и мышцах, пожелтение склер, что расценено как побочное действие противовирусных препаратов. Прогрессирующее ухудшение самочувствия на протяжении следующей недели послужило основанием для госпитализации.

При осмотре обращает на себя внимание субиктеричность слизистых. Печень незначительно увеличена, край ее выступает из-под реберной дуги на 1 см по среднеключичной линии, при пальпации уплотнен, безболезненный. Суставы визуально не изменены.

При повторном обследовании: панцитопения (эритроциты $-2,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $-3,25 \times 10^9/л$, тромбоциты $-79 \times 10^9/л$), СОЭ

- 55 мм/ч. АлАТ - 1554 ед./л, АсАТ - 1480 ед./л; гамма-глобулины

- 37 отн.%; выявлены антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:640 и антинуклеарные антитела (ANA) в титре 1:320. При биопсии печени определяются гистологические признаки высокоактивного гепатита, фибротические изменения отсутствуют.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска следует отметить, что отсутствие жалоб в начале заболевания свойственно хроническим гепатитам. Случайное выявление антител к вирусу гепатита С, тем не менее, позволяет предположить наличие хронического вирусного гепатита (НСУ) и требует дообследования. Необходимо уточнить анамнез в отношении употребления наркотиков, алкоголя, гепатотоксичных веществ, в том числе лекарственных препаратов, вызывающих аутоиммунный гепатит. Следует расспросить о возможностях заражения НСУ-инфекцией.

При первичном обследовании настороженность вызывает редко встречающееся при классическом гепатите 10-кратное повышение активности аминотрансфераз.

Перед началом противовирусной терапии обязательны исследования крови на НСУ РНК, определение типа вируса и степени виремии, пункционная биопсия печени (для определения гистологической активности, решения вопроса о длительности терапии и оценки ее эффективности).

Ухудшение самочувствия на фоне противовирусной терапии может быть проявлением побочных действий препаратов, однако прогрессирующее ухудшение настораживает и требует дообследования (исключение других заболеваний печени, системной патологии).

На 2-м этапе диагностического поиска могут быть выявлены внепеченочные проявления поражения печени («печеночные ладони», сосудистые звездочки, изменения

окраски кожных покровов и т. д.) и пальпаторные изменения размеров печени и селезенки. Выявленное увеличение размеров печени (+1 см) и уплотненная консистенция ее края позволяют предположить заболевание печени, отсутствие «печеночных» знаков и нормальные размеры селезенки свидетельствуют о небольшой длительности болезни.

Предварительный диагноз: «Хронический вирусный гепатит С».

На 3-м этапе диагностического поиска при повторном анализе крови нарастает активность печеночных ферментов, появилась панцитопения. Отмечается ускорение СОЭ до 55 мм/ч, гипергаммаглобулинемия. Выявленные антитела к гладкой мускулатуре и антинуклеарные антитела дают основания говорить об аутоиммунном процессе в печени. Данные гистологического исследования не позволяют однозначно судить о природе заболевания.

Необходимо дифференцировать хронический вирусный гепатит С и хронический аутоиммунный гепатит, что является очень непростой задачей.

Гепатит С с аутоиммунным компонентом относят к группе синдромов аутоиммунного перекреста. При этом НСУ может рассматриваться в качестве триггера аутоиммунных реакций, а интерферон обладая иммуномодулирующими свойствами, способствовал активизации гепатита С. Вместе с тем нельзя полностью исключить ложнопозитивные результаты исследования маркеров НСУ, в связи с чем желательно их повторное определение.

В биоптате печени определяются признаки высокоактивного гепатита, однако фибротические изменения (по-видимому, вследствие небольшой давности болезни) отсутствуют. В то же время при естественном течении болезни развитие фиброза и цирротической трансформации через несколько лет неизбежно.

Необходимо провести дополнительное обследование, направленное на выявление других аутоиммунных заболеваний.

Таким образом, наиболее вероятным представляется

следующий диагноз: «Хронический аутоиммунный гепатит с высокой гистологической

активностью, фиброз - 0, активная фаза (выраженный цитолитический и иммуновоспалительный синдром».

В настоящее время доминирующий аутоиммунный компонент диктует необходимость отмены противовирусных препаратов и назначения иммуносупрессоров - преднизолона (метилпреднизолона) в виде монотерапии или в комбинации с азатиоприном.

После значительного и стойкого уменьшения активности гепатита и в случае подтверждения положительного результата ПЦР на НСУ РНК можно рассматривать вопрос о возобновлении противовирусного лечения под контролем биохимических и иммунологических показателей. При повторной активизации воспаления пациентку следует вести как больную с аутоиммунным гепатитом/

Задача 8

Пациент Б., 52 года, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц. Первые признаки заболевания появились осенью три года назад (стали возникать боли в эпигастральной области через 30—40 минут после приема пищи, самостоятельно принимал но-шпу и альмагель, с кратковременным эффектом), не обследовался, обратил внимание на сезонность появления болей (весной и осенью). Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, боли прежнего характера, на высоте болей наблюдалась иррадиация в спину. Появилась отрыжка воздухом. Поступил в клинику для уточнения диагноза и лечения.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые слегка бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, ясные, АД - 140/80 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту. Живот мягкий, умеренное

напряжение мышц в эпигастрии, локальная болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: эритроциты - 3,7 млн, гемоглобин -107 , цветной показатель - 0,9, СОЭ - 15 мм/ч.

При ЭГДС: пищевод не изменен, кардия смыкается полностью. Желудок хорошо расправляется воздухом. На малой кривизне, в средней ее трети, имеется звездчатый белесый рубец с отчетливой конвергенцией складок. Там же свежая язва с отечными, воспалительно измененными краями, размерами 6х8 мм. В глубине язвы имеется сгусток крови. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Произведена биопсия слизистой из краев язвы.

Гистологическое исследование: картина атрофического гастрита с явлениями кишечной метаплазии эпителия. Край язвы, попавший в срез, с признаками хронического воспаления. *Helicobacter pylori* выявлен в небольшом количестве. рН- метрию не проводили в связи с характером локализации язвы.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска анализ жалоб пациента и анамнеза болезни позволяет выделить в качестве ведущего болевого синдром в эпигастральной области, имеющий весьма характерные особенности - ранние боли этой локализации. Отмечена сезонность - ухудшение самочувствия наблюдается в весенне-осенний период. Такой характер болевого синдрома, с большей долей вероятности, характерен для язвенной болезни с локализацией в желудке. Согласно анамнезу, длительность болевого синдрома и диспепсии около трех лет, заболевание носит хронический характер. В настоящее время, учитывая нарастание болевого, диспептического синдромов, похудания, можно говорить об обострении заболевания. Следовательно, информация, полученная на 1-м этапе диагностического поиска, весьма ценна для диагностики. Таким образом, можно сформулировать предварительный диагноз: «Язвенная болезнь желудка в фазе обострения».

На 2-м этапе диагностического поиска обращает на себя внимание бледность кожных покровов и видимых слизистых, что является косвенным признаком обострения заболевания (ограничение приема пищи и возможно незначительные хронические кровопотери из язвы). Локальная болезненность в подложечной области делает диагноз наиболее достоверным и характерна для фазы обострения язвенной болезни.

На 3-м этапе диагностического поиска инструментальные исследования позволили уточнить ряд важных особенностей заболевания. В частности, имеет место умеренная нормохромная анемия, что находит объяснение при ЭГДС, а именно наличие язвы по малой кривизне 6х8 мм, в глубине язвы сгусток крови. Это свидетельствует о состоявшемся умеренном желудочно-кишечном кровотечении. Учитывая локализацию язвы, для исключения малигнизации проведена биопсия из ее краев. Признаки малигнизации при исследовании не выявлены, обнаружен *Helicobacter pylori* в небольшом количестве. Таким образом, окончательный клинический диагноз будет сформулирован следующим образом: «Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, с локализацией на малой кривизне, в фазе обострения».

Лечение: стол № 1.

Больному показана четырехкомпонентная 7-дневная схема лечения: омепразол 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позднее 20 часов), коллоидный субцитрат висмута 120

мг 3 раза в день за 30 минут до еды и четвертый раз перед сном, метронидазол 250 мг 4 раза в день после еды, амоксициллин по 500 мг 4 раза в день.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии следует продолжить лечение еще в течение 7 недель омепразолом (40 мг/сут) с последующей постепенной отменой препарата, еще в течение 2 недель - прием омепразола 20 мг.

Задача 9.

Пациентка С, 32 года, предъявляет жалобы на озноб, слабость, головную боль, разбитость, тошноту, интенсивные боли в правом подреберье, возникшие накануне вечером после употребления жирного мяса и с небольшими перерывами продолжавшиеся всю ночь. Боли усиливаются при перемене положения тела, поворотах.

Известно, что у старшей сестры пациентки в 44 года был диагностирован калькулезный холецистит.

В возрасте семи лет больная перенесла гепатит А, после чего в течение нескольких лет отмечала эпизоды болей в правом подреберье после жирной пищи, иногда сопровождавшиеся рвотой. В 18 лет при анализе желчи, полученной при дуоденальном зондировании, выявлено большое количество лейкоцитов в порциях В и С. Неоднократно лечилась в санаториях (Трускавец, Железноводск), принимала желчегонные препараты. Со слов больной, при повторных УЗИ желчных путей выявлялся песок. Чувствовала себя удовлетворительно. В анамнезе пять беременностей, завершившихся нормальными срочными родами. В настоящее время беременна, срок 18 недель.

Пациентка гиперстенического телосложения, повышенного питания (индекс массы тела 33), кожные покровы чистые, иктеричность склер, температура тела 39°C. Печень не выступает из-под реберной дуги, мягкоэластической консистенции, пальпация резко болезненная. Резко положительные симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера, Мэрфи, Лепене. Живот слегка вздут. Селезенка не пальпируется.

В анализах крови: лейкоциты - 15100/мкл (п/я - 11%, с/я - 53%), лимфоциты - 19%, моноциты - 12%, эозинофилы - 5%, эритроциты - 4,2 млн, гемоглобин - 121 г/л, тромбоциты - 290 тыс., СОЭ - 17 мм/ч. фибриноген - 4,82 г/л, общий белок - 82 г/л, альбумин - 5,6 г/л. АЛТ - 24 МЕ, АСТ - 18 МЕ, ГГТ - 160 МЕ, ЩФ - 380 МЕ/л.

При эзофагогастродуоденоскопии гастроэзофагальный рефлюкс, другая патология не выявлена.

При УЗИ органов брюшной полости: печень немного увеличена (+1 см), контуры ровные, паренхима обычной эхогенности. Внутривенечные желчные протоки расширены, ductus choledochus 6 мм. Желчный пузырь увеличен до 5 см в поперечнике, стенки утолщены, выявляется «двойной контур», УЗ-симптом Мюсси. В шейке желчного пузыря эхоплотная тень размером 1,5 см. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность нормальная. Панкреатический проток не расширен.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска жалобы на интенсивные боли в правом подреберье, длящиеся всю ночь, усиливающиеся при движении, возникшие после приема жирной пищи накануне вечером, позволяют заподозрить вовлеченность в патологический процесс желчного пузыря, особенно у больной, имеющей в анамнезе гепатит А, что является предрасполагающим фактором. Пол и возраст достаточно характерны для группы риска хронического холецистита. Кроме этого, застою желчи способствует беременность

сроком 18 недель. Ранее пациентка неоднократно обследовалась и лечилась по поводу обострения холецистита. Анамнез заболевания позволяет предположить, что эпизодически возникающие боли в правом подреберье после приема жирной пищи являются признаками длительно протекающего хронического холецистита. При УЗИ выявлены «песок» в желчном пузыре, наличие большого количества лейкоцитов в порциях желчи В и С, полученной при дуоденальном зондировании.

Кроме того, на 1-м этапе диагностического поиска можно выделить воспалительный и диспептический синдромы. Воспалительный синдром включает в себя озноб, слабость, разбитость и головную боль и свидетельствует об обострении заболевания. Диспептический синдром проявляется появлением тошноты. Оба синдрома достаточно неспецифичны.

На 2-м этапе диагностического поиска обращают на себя внимание ожирение как дополнительный фактор, способствующий застою желчи, и фебрильная лихорадка до 39°C как объективный критерий воспалительного синдрома. Положительные симптомы Ортнера, Мэрфи, Лепене и Георгиевского-Мюсси свидетельствуют о воспалении желчного пузыря. Обнаруженная иктеричность склер является клиническим проявлением гипербилирубинемии и, вероятнее всего, может быть проявлением подпеченочного холестатического синдрома.

Таким образом, после проведения двух этапов диагностического поиска можно говорить о наличии у больной с положительными «желчнопузырными» симптомами воспалительного, диспептического и холестатического синдромов, что может быть расценено как острый воспалительный процесс желчного пузыря, сопровождающийся желтухой. Принимая во внимание пол, возраст, данные анамнеза и физического обследования с большой вероятностью можно предположить обострение хронического холецистита, сопровождающегося холестазом, что требует исключения желчнокаменной болезни.

В план обследования необходимо включить общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, общий анализ кала, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, ЭГДС, дуоденальное зондирование, бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого, ЭРХПГ, динамическую билиосцинтиграфию с билирубином, меченным радиоактивным технецием.

На 3-м этапе диагностического поиска в анализах крови имеются данные, подтверждающие наличие неспецифического «острофазового» воспалительного синдрома (ускорение СОЭ до 17 мм/ч, лейкоцитоз до 15 тыс. со сдвигом формулы влево: п/я - 11%, повышение уровня фибриногена), что свидетельствует об остроте процесса, и синдрома холестаза (повышение уровня билирубина, преимущественно за счет прямой фракции, повышение уровня ГГТ до 160 МЕи ЩФ до 380 МЕ/л), что исключает гемолитический характер желтухи и свидетельствует о ее печеночном или подпеченочном происхождении. Выявленное при УЗИ увеличение желчного пузыря является признаком нарушения оттока желчи и говорит в пользу подпеченочного характера желтухи, а сочетание увеличения желчного пузыря с утолщением его стенок, наличие «двойного контура» и УЗ-симптома Мэрфи свидетельствуют в пользу острого воспаления желчного пузыря. Описание неизменной поджелудочной железы и панкреатического протока исключает опухоль pancreas, которая может приводить к сдавлению желчных путей. Отсутствие патологии при ЭГДС, кроме гастроэзофагеального рефлюкса, позволяет исключить рак фатерова соска как одной из частых причин подпеченочной желтухи.

Клинический диагноз: «Хронический рецидивирующий бескаменный холецистит в стадии обострения, среднетяжелого течения».

Данный диагноз можно поставить в соответствии с его критериями: характерная клиническая картина, признаки местного поражения желчного пузыря, ультразвуковые признаки воспаления желчного пузыря, компоненты «общей» воспалительной реакции. Пациентке показано соблюдение режима с ограничением физических нагрузок, диета с

ограничением жирной и жареной пищи, консервативное лечение миотропными спазмолитиками (но-шпа, папаверин), холеретиками (одестон), проведение дезинтоксикационной терапии (в/в инфузии раствора 5% глюкозы 200-400 мл). Учитывая возникновение обострения хронического холецистита на фоне беременности сроком 18 недель, больную следует вести совместно с гинекологом. Назначение обезболивающих препаратов - только при крайней необходимости. При неэффективности терапии и прогрессировании процесса возможно назначение фуразолидона, антибактериальных препаратов широкого спектра действия, не обладающих тератогенным действием.

Задача 10

Пациентка Б., 58 лет, предъявляет жалобы на частые ноющие боли в правом подреберье, не всегда связанные с приемом пищи, физической нагрузкой, переменой положения тела.

Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала язвенной болезнью желудка, умерла в возрасте 72 лет от инфаркта миокарда, отец страдал хронической обструктивной болезнью легких, умер в возрасте 68 лет от рака предстательной железы. У больной в возрасте 40 лет был диагностирован хронический гастрит с частыми обострениями, последнее обострение около года назад. Описанные боли эпизодически отмечала в течение последних 15 лет, связывала их с гастритом. По этому поводу не обследовалась, принимала но-шпу, мезим-форте, альмагель, без существенного эффекта. Соблюдает диету с ограничением жирной, острой пищи. Настоящее ухудшение в течение последних двух месяцев, когда после поездки в дом отдыха и приема там непривычно острой пищи стали появляться описанные боли. За это время изменения стула не отмечала. Эпизодически беспокоила тошнота, не всегда одновременно с болями. В последние дни приступы болей участились, в связи с чем обратилась к врачу.

Пациентка пониженного питания (48 кг при росте 164 см), температура тела 36,7°C, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Вены на ногах не расширены, отеков нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, пальпация затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. Селезенка не пальпируется.

В анализах крови: лейкоциты - 7,1, формула без особенностей, эритроциты - 4,5, гемоглобин - 125 г/л, тромбоциты - 195 тыс., СОЭ - 18 мм/ч., фибриноген - 4,22 г/л, общий белок - 82 г/л, альбумины - 54%, глобулины альфа-1 - 3%, глобулины альфа-2 - 7%, бета-глобулины - 14%, гамма-глобулины - 22%. АЛТ - 25 МЕ, АСТ - 24 МЕ, ГГТ - 36 МЕ.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патология не выявлена.

При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки атрофического гастрита с очаговой гиперемией в антральном отделе.

При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductuscholedochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска жалобы на достаточно неспецифические ноющие боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи, физической нагрузкой и переменной положения тела, без четкого эффекта от приема спазмолитиков, ферментных препаратов и антацидов, заставляют включить в дифференциальный диагноз достаточно большой круг заболеваний печени, желчного пузыря, головки поджелудочной железы и желудка, при которых болевой синдром локализуется в этой области. Усиление болей после приема острой пищи, хронический гастрит в анамнезе и язвенная болезнь желудка у матери пациентки позволяют предположить заболевание желудка.

На 2-м этапе диагностического поиска выявлены объективные симптомы воспаления желчного пузыря, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря и положительный симптом Ортнера.

После проведения двух этапов диагностического поиска мы располагаем неполной информацией для установления диагноза, однако на основании данных анамнеза и физического осмотра можно предположить наличие у больной обострения хронического гастрита и заболевание желчного пузыря воспалительного характера (холецистит).

В план обследования находимо включить общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, общий анализ кала, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, ЭГДС с биопсией пяти фрагментов для верификации хронического гастрита, ультразвуковую холецистографию (для уточнения функциональной способности желчного пузыря).

На 3-м этапе диагностического поиска и анализах крови обращает на себя внимание умеренное изменение неспецифических маркеров воспаления: СОЭ -18 мм/ч, повышение уроним фибриногена. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости визуализируется увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке (свидетельствует в пользу хронического процесса), расширенный до 7 мм ductuscholedochus, «застойная» желчь при отсутствии расширения внутрипеченочных протоков (свидетельствует о гипотонической дискинезии желчного пузыря, а не увеличении его вследствие нарушения оттока желчи при подпеченочном холестазе). Кроме того, отсутствие камней в области проекции желчных путей при обзорном рентгеновском исследовании органов брюшной полости также позволяет с большой долей вероятности исключить обтурационный характер увеличения желчного пузыря на фоне холелитиаза.

Клинический диагноз: «Хронический рецидивирующий бескаменный холецистит в фазе обострения, легкого течения. Вторичная гипокинетическая дискинезия желчного пузыря. Хронический гастрит (?)».

Данный диагноз можно поставить в соответствии со следующими критериями: признаки местного поражения желчного пузыря, ультразвуковые признаки воспаления и гипотонически-гипокинетическая дискинезия желчного пузыря, умеренное изменение «общей» воспалительной реакции. Особенности данного случая являются стертый характер жалоб и умеренная выраженность клинической симптоматики, что характерно для легкого течения заболевания.

Принимая во внимание обострение хронического холецистита, следует рекомендовать уменьшить объем и калорийность пищи, исключить жареные, копченые блюда, яичные желтки, сливки, мясо и жиры. Учитывая длительность обострения (около 2 месяцев) в сочетании с гипотонией желчного пузыря, содержащего «застойную» желчь, целесообразно назначение антибактериальной терапии (препараты широкого спектра с преимущественным выведением через печень в неизменном виде). В связи с умеренной выраженностью воспалительного синдрома и наличием гипотонически-гипокинетической дискинезии желчного пузыря возможно назначение холекинетиков (сорбит, ксилит, сульфат магния, карловарская соль)

Задача 11.

Пациент Н., 39 лет, направлен к гепатологу с целью выяснения причины

повышения активности аминотрансфераз. За три года до обращения перенес острый гепатит В, выписан с нормальными биохимическими показателями. Алкоголем не злоупотребляет, лекарственные препараты не принимает.

Во время диспансеризации при биохимическом исследовании крови отмечено значительное повышение активности АлАТ (420 ед./л, норма - до 40 ед./л) и АсАТ (383 ед./л, норма - до 40 ед./л). При исследовании сывороточных маркеров вирусов гепатитов В и С получена следующая картина: HBsAg(+), HBeAg(-), анти-HBcIgG (+), анти-HBcIgM (-), HBVДНК (-), анти-HCV (-), HCVРНК (-).

Дополнительно определены маркеры вируса гепатита D. Выявлены суммарные антитела к HDAg и HDVРНК. При пункционной биопсии печени выявлен гепатит высокой гистологической активности с тяжелым фиброзом (индекс гистологической активности -14 баллов, индекс фиброза - 3 балла по системе Knodell).

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
- Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска обращает на себя внимание, перенесенный вирусный гепатит в анамнезе. В настоящее время жалоб нет, однако высокая активность ферментов цитолиза в сочетании с персистенцией вируса гепатита при отсутствии маркеров его репликации служат основанием для исследования маркеров гепатита D, хотя район проживания пациента (Поволжье) не относится к числу эндемичных по заболеваемости гепатитом D.

На 2-м этапе диагностического поиска могут быть выявлены увеличенные размеры печени и селезенки, внепеченочные проявления поражения печени («печеночные ладони», сосудистые звездочки, изменения окраски кожных покровов и т.д.). У данного пациента определяется уплотнение паренхимы печени при пальпации края.

Уточнить диагноз хронического гепатита позволяют лабораторно-инструментальные методы исследования.

3-й этап диагностического поиска выявил инфицирование вирусом гепатита D. Морфологически - гепатит высокой гистологической активности с тяжелым фиброзом (индекс гистологической активности - 14 баллов, индекс фиброза - 3 балла по системе Knodell).

Для уточнения диагноза необходимо провести общий и биохимический анализ крови, выяснить уровень ГГТ, ЩФ, ХЭ, иммуноглобулины, белковые фракции альбуминов. Дополнительные методы исследования позволят определить состояние других органов и систем для решения вопроса о необходимости проведения противовирусной терапии. Клинический диагноз: «Хронический вирусный гепатит В, суперинфекция HDV, активная фаза, индекс гистологической активности - 14 баллов, индекс фиброза - 3 балла по системе Knodell».

Диагностические критерии хронического гепатита:

- характерные гистологические изменения;
- лабораторные проявления цитолитического (имеется у пациента), иммуновоспалительного и холестатического синдромов;
- гепатомегалия, спленомегалия, «печеночные» знаки;
- подтвержденные этиологические факторы (HBV и HDV).

При хроническом гепатите D эффективно назначение а-интерферона - только в высоких дозах (10 млн ЕД 3 раза в неделю или 5-6 млн ЕД ежедневно) на протяжении не менее 12 месяцев. Применение рибавирина и ламивудина не оказывает влияния на

биохимическую и гистологическую активность гепатита и не подавляет репликацию вируса гепатита D.

Прогноз заболевания при суперинфекции неблагоприятный. В 75 % случаев происходит трансформация в цирроз.

Задача 12.

Пациентка С, 25 лет, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,1 °С, которое сопровождается ознобом, одышку при небольших физических нагрузках, приступы удушья по ночам, постепенно купирующиеся в положении сидя, приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие внезапно и купирующиеся в пределах 4-6 часов, преходящие отеки голеней и стоп. В анамнезе - пролапс митрального клапана без регургитации. Год назад в гинекологическом стационаре проводилось диагностическое выскабливание, на следующий день впервые было отмечено повышение температуры (максимально - до 37,8°С), проведен курс антибактериальной терапии, с эффектом (температура нормализовалась), после чего пациентка выписана домой. Однако через два дня после выписки подъемы температуры возобновились до субфебрильных цифр, с ознобами, в дальнейшем температура достигала 38,7°С. Самостоятельно принимала сумамед, без эффекта. При осмотре гинекологом данные о воспалительном процессе в малом тазу не получены. Постепенно слабость и одышка нарастали, сохранялась лихорадка, по поводу которой принимала НПВП, с временным эффектом. К врачу не обращалась. Неделью назад внезапно развился приступ учащенного сердцебиения, который сопровождался нарастанием одышки и купировался самостоятельно через 4 часа. С повторным приступом госпитализирована в клинику.

При осмотре состояние средней тяжести. Конституция астеническая. Температура тела 37,4°С. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, чистые. На конъюнктивах - единичные геморрагии. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Отмечается гипермобильность суставов. ЧД - 20 в минуту, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердечный толчок не определяется.

Сердце: левая граница - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, выслушивается третий тон. Первый тон на верхушке ослаблен, после него выслушивается шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС - 122 в минуту, ритм сердца неправильный, АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выходит за край реберной дуги по правой среднеключичной линии, пальпируется слегка болезненный полюс селезенки (размеры 11х7 см).

В анализах крови: гемоглобин - 97, эритроциты - 3,4 млн, лейкоциты - 9,6 тыс. (п/я - 7%, нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 19%), тромбоциты - 134 тыс., СОЭ - 48 мм/ч, общий белок - 65, альбумин - 38 (58%), альфа-1 - 3%, альфа-2 - 8%, бета - 5%, гамма - 27%; СРВ +++.

В анализах мочи: рН - 5, удельный вес - 1014, следы белка, сахара, ацетона нет, эритроциты - 8-10 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

На рентгенограммах органов грудной клетки: несколько увеличены вторая, третья и четвертая дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Каковы показания к оперативному лечению при данном заболевании?

- Какова оптимальная тактика лечения больной на данный момент?

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска сочетание жалоб, характерных, с одной стороны, для инфекционного процесса (выраженная общая слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,1°C, ознобы), а с другой - для заболевания сердца с развитием сердечной недостаточности и пароксизмальной тахикардии, по всей видимости мерцательной аритмии или трепетания предсердий с переменным коэффициентом проведения (одышка при небольших физических нагрузках, приступы удушья по ночам, которые постепенно купируются в положении сидя, приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие внезапно и купирующиеся в пределах 4-6 часов, переходящие отеки голеней и стоп), заставляет заподозрить развитие у больной инфекционного эндокардита. В пользу этого диагноза говорят такие данные анамнеза, как наличие пролапса митрального клапана (предрасполагающий фактор), появление лихорадки после гинекологического вмешательства (пусковой фактор, непосредственно приведший к бактериемии), неэффективность НПВП и кратковременных курсов антибактериальной терапии.

На 2-м этапе диагностического поиска при осмотре выявлены кардинальные признаки данного заболевания: новый шум регургитации (митральной), спленомегалия, а также лихорадка, признаки дилатации левого желудочка (что обусловлено развившейся митральной регургитацией и подтверждает диагноз сердечной недостаточности), выраженное поражение миокарда (ритм галопа), аускультативно - картина мерцательной тахикардии.

На 3-м этапе диагностического поиска выявлены дополнительные данные в пользу диагноза «инфекционный эндокардит» - лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия, увеличение СОЭ, диспротеинемия, СРВ +++, повышение иммунных показателей (РФ), признаки гематурического варианта нефрита (в общем анализе мочи), подтверждено (на ЭКГ) развитие трепетания предсердий с коэффициентом проведения 2:1 - 3:1, увеличение преимущественно левых камер сердца (на рентгенограммах).

Наиболее вероятно, таким образом, развитие у больной подострого вторичного (на фоне пролапса митрального клапана) инфекционного эндокардита, осложнившегося гломерулонефритом.

Для верификации диагноза необходимо в первую очередь провести трехкратный посев крови на высоте лихорадки и ЭхоКГ (трансторакальную и чреспищеводную) для выявления вегетации на митральном клапане и уточнения степени митральной регургитации, фракции выброса левого желудочка, а также для исключения перикардита. Необходимо также сделать анализ мочи по Нечипоренко, пробу Реберга (для уточнения характера и тяжести гломерулонефрита), определить коагулограмму. Можно поставить диагноз определенного эндокардита (патологические критерии: микроорганизмы, выделенные из вегетации, эмболов или миокардиальных абсцессов, или патоморфологические изменения - вегетации или абсцессы миокарда, подтвержденные гистологически; клинические критерии: два больших критерия, или один большой и три малых критерия, или пять малых критериев), возможного эндокардита (результаты исследований согласуются с диагнозом эндокардита, но для определенного диагноза недостаточно критериев, а в отвергнутый эндокардит данные не укладываются) и отвергнуть этот диагноз (если имеются точный альтернативный диагноз, регресс симптомов при антибиотикотерапии до четырех дней, отсутствие патоморфологических признаков эндокардита в операционном или аутопсийном материале при антибиотикотерапии до четырех дней).

Показаниями к оперативному лечению при инфекционном эндокардите являются устойчивость к антибиотикам различных групп в течение 3-4 недель; прогрессирующая вследствие клапанной деструкции (не миокардита!) сердечная недостаточность; выявление возбудителей, устойчивых к антибактериальной терапии (грибы*" синегнойная палочка и

т.д.); эндокардит протеза; абсцессы миокарда, клапанного кольца, внутрисердечные гнойные фистулы" крупные (более 10 мм), рыхлые, подвижные вегетации на клапанах или хордах (чреспищеводная ЭхоКГ), угрожающие развитием тромбоэмболии.

Больной необходимо в первую очередь купировать развившийся у нее пароксизм мерцательной аритмии в пределах ближайших 1,5 суток путем в/в введения 5 мг верапамила (изоптина) с последующим в/в капельным введением 10 мл 10% раствора новокаинамида на 100 мл физиологического раствора под контролем уровня АД (при неэффективности возможно в/в введение кордарона или нибентана, а также ЭИТ). Начать в/в антибактериальную терапию 20-30 млн ЕД пенициллина в сутки (и при снижении температуры тела, тенденции к снижению острофазовых показателей продолжать вливания в течение 4 недель) в сочетании с в/м введением 0,24 г гентамицина в сутки в течение 10 дней (с последующим перерывом). Кроме того, показана терапия по поводу сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ, малые дозы метопролола, диуретики), антиаритмическая терапия препаратами IА класса (хинидин), IС класса (аллапинин, этацизин, пропафенон) или III класса (кордарон).

Развитие у пациентки иммунного гломерулонефрита требует решения вопроса о назначении малых доз преднизолона.

Задача 13.

Пациент Д., 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление таких ощущений пациент отметил около трех месяцев назад. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Курит по 20-30 сигарет в день в течение 40 лет. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК, мать жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС, брат два года назад в возрасте 53 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ИМТ - 27,3 кг/м². ЧД - 20 в минуту, в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы на форсированном выдохе. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС - 88 в минуту. АД - 172/96 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, умеренно болезненный в эпигастриальной области, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В общем анализе крови: гемоглобин - 164 г/л, эритроциты - 5,3 млн, гематокрит - 43%, лейкоциты - 5,1 тыс. (п/я - 1 %, с/я - 64%), лимфоциты - 28%, эозинофилы - 2%, моноциты - 5%, СОЭ - 12 мм/ч.

На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 86 в минуту, отклонение ЭОС влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска анализ жалоб пациента позволяет заподозрить наличие типичной стенокардии напряжения (дискомфорт в левой половине

грудной клетки и чувство нехватки воздуха, возникающее при умеренной физической нагрузке и проходящее после ее прекращения). Стенокардия соответствует II ФК (возникает при умеренной физической нагрузке). Данное состояние сохраняется неизменным в течение трех месяцев, поэтому стенокардия должна рассматриваться как стабильная.

Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, курение, семейный анамнез (ОИМ у брата в возрасте 53 лет).

На 2-м этапе диагностического поиска данные физического исследования при стенокардии малоинформативны. В то же время обнаружено повышение АД до 172/96 мм рт. ст., что соответствует 2-й степени повышения АД. Артериальная гипертония является фактором риска ИБС. ИМТ пациента составил 27,3 кг/м², что соответствует I степени ожирения, которое также является фактором риска ИБС. При аускультации легких обращает на себя внимание жесткое дыхание в сочетании с положительным симптомом форсированного выдоха, что, наиболее вероятно, говорит о наличии хронического бронхита курильщика. Кроме того, у пациента с язвенной болезнью 12-перстной кишки в анамнезе определяется болезненность в эпигастрии при пальпации. Это не позволяет исключить обострение данного заболевания.

Таким образом, после проведения 1-го и 2-го этапов диагностического поиска предварительный диагноз может быть сформулирован следующим образом: «ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь III ст., 2-й степени, риск IV/ Язвенная болезнь 12-перстной кишки (обострение?). Хронический бронхит курильщика».

На 3-м этапе диагностического поиска результаты лабораторных методов исследования демонстрируют наличие гиперлипидемии 4-го типа. При ЭКГ выявляется полная блокада левой ножки пучка Гиса, что, с одной стороны, косвенно подтверждает поражение сердца у данного больного, а с другой - делает неинформативным проведение стандартных нагрузочных ЭКГ проб. Поэтому для подтверждения ишемии следует провести либо стресс-эхокардиографию, либо скintiграфию миокарда с дипиридамолом. При положительном результате пробы наличие хронической коронарной недостаточности (с учетом жалоб и профиля факторов риска) не будет вызывать сомнений. В то же время для решения вопроса о необходимости и методах проведения реваскуляризации миокарда показано проведение коронароангиографии.

Для уточнения фазы язвенной болезни 12-перстной кишки показано проведение ЭГДС. Для уточнения степени бронхообструкции у пациента с хроническим бронхитом показано проведение спирометрии.

Клинический диагноз: «ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III ст., 2-й степени, риск 4 (очень высокий). Язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе обострения. ХОБЛ в фазе ремиссии. Экзогенно-конституциональное ожирение 1-й ст.».

Функциональный класс стенокардии установлен на основании толерантности к физической нагрузке. Атеросклероз является фоновым заболеванием для ИБС. Стадия ГБ установлена на основании выявления ИБС (ассоциированного клинического состояния), степень повышения АД - по уровню максимально повышенного давления (в данном случае систолического), степень риска при 2-й степени повышения АД - очень высокий при наличии любого ассоциированного клинического состояния (в данном случае ИБС). Фаза язвенной болезни 12-перстной кишки (обострение) установлена на основании болезненности в эпигастрии при пальпации и должна быть подтверждена данными ЭГДС. Наличие бронхообструкции установлено на основании положительного симптома форсированного выдоха и должно быть подтверждено данными спирометрии. Степень ожирения установлена на основании ИМТ.

Лечебные мероприятия заключаются в отказе от курения, соблюдении гиполипидемической диеты, снижении веса. Крайне важен контроль АД. Пациенту

показано назначение аспирина, ингибиторов АПФ, статинов. Учитывая наличие у больного хронического обструктивного бронхита, назначение бета-адреноблокаторов, хотя и возможно в принципе, должно проводиться с осторожностью и ограничено высокоселективными блокаторами бета-1 адренорецепторов. В случае плохой переносимости бета-1 блокаторов возможно применение верапамила.

Оценку эффективности терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы (по данным сцинтиграфии).

Задача 14.

Больная С. 47 лет на приёме терапевта 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 калькулезного 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 лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. 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 – 15х13х11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
- Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
- Определите тактику лечения больного.
- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите

Эталон ответа

Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.

Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ; гликемический и глюкозурический профиль.

Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета № 16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; Н2-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфанилмочевины).

Основные заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику хронического панкреатита: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; хронический холецистит; хронический энтерит и колит; хронический абдоминальный ишемический синдром; рак поджелудочной железы.

Задача 15.

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр. На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледнорозовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- Составьте план обследования пациента.
- Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
- Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа

Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) ≤ 7 %. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.

Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 ммоль/л, глюкозурии). Целевой уровень HbA1c ≤ 7 %, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м².

Пациенту рекомендовано: определение уровня HbA1c, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации

эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.

Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

Критерии оценок:

Оценка «отлично»: глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи. Логически полные, последовательные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи;

Оценка «хорошо» достаточно глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи. Логически полные, последовательные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи, без существенных неточностей. Самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении вопросов.

Оценка «удовлетворительно» ответы на все вопросы задачи. Логически не полные, отсутствует последовательность, правильные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи; без грубых ошибок

Оценка «неудовлетворительно»: отсутствует ответ хотя бы на один вопрос задачи или существенные и грубые ошибки в ответах на вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Т.Г. ШЕВЧЕНКО» Медицинский факультет

Кафедра терапии

Перечень вопросов к экзамену по дисциплине «Факультетская терапия, эндокринология».

I. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

1. Пневмония: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, принципы эмпирической антибактериальной терапии, подходы к патогенетической и симптоматической терапии.
2. Пневмония: классификационные подходы, критерии и характеристика степени тяжести, диагностика, особенности клинического течения в зависимости от вида возбудителя, принципы лечения (в т.ч. антибактериальная терапия в зависимости от вида возбудителя).

3. ХОБЛ - определение понятия, классификационные подходы, основные механизмы патогенеза.
4. ХОБЛ - клиническая картина в зависимости от формы и фазы заболевания, диагностика, принципы лечения.
5. Бронхиальная астма: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, понятие «приступа» и «обострения», лечение приступа в зависимости от степени тяжести.
6. Бронхиальная астма: классификационные подходы, диагностика, характеристика степеней тяжести, принципы лечения (в т. ч. основные группы препаратов, лечение в зависимости от степени тяжести).
7. Осложнение бронхиальной астмы - астматический статус: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение в зависимости от стадии.
8. Плевриты: этиология, патогенез, классификация. Фибринозный плеврит, экссудативный плеврит: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
9. Нагноительные заболевания легких (гангрена, абсцесс): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
10. Легочное сердце: определение, классификационные подходы, патогенез, основные клинические проявления хронического легочного сердца в зависимости от стадии, диагностика, лечение в зависимости от стадии компенсации.
11. Тромбоэмболия легочной артерии: этиология, патогенез: клиника, диагностика, принципы лечения.

II. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

1. Митральный стеноз: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
2. Недостаточность митрального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
3. Стеноз устья аорты: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
4. Недостаточность аортального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
5. Гипертоническая болезнь: определение, этиология, факторы риска, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина.
6. Гипертоническая болезнь: классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
7. Гипертонический криз (осложненный и неосложненный кризы): определение, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение (в зависимости от типа гипертонического криза).
8. Артериальная гипертензия: классификационные подходы, понятие о целевом артериальном давлении, схемы гипотензивной терапии.
9. Ишемическая болезнь сердца: определение, этиология, факторы риска, патогенез, классификация (ВОЗ).
10. Стенокардия напряжения: определение, классификация (ФК), клиническая картина, диагностика.
11. Стенокардия напряжения: классификация (ФК), клиническая картина, принципы лечения (в т.ч. основные группы антиангинальных препаратов; особенности лечения в зависимости от функционального класса).
12. Нестабильная стенокардия: классификационные подходы (в т.ч. классификация Braunwald), клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
13. Острый коронарный синдром: определение, этиология, патогенез, клиническая

- картина, диагностика, принципы лечения.
14. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез, клиническая картина (характеристика типичных и атипичных вариантов), лечение неосложненного инфаркта миокарда.
 15. Инфаркт миокарда: диагностика (лабораторная, ЭКГ- диагностика по стадиям и локализации), лечение неосложненного инфаркта миокарда.
 16. Осложнения инфаркта миокарда (ранние): патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
 17. Осложнения инфаркта миокарда (поздние): патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
 18. Острая сердечная недостаточность: классификация (Killip). Отек легких: патогенез, клиническая картина, принципы лечения (в т. ч. особенности лечения в зависимости от уровня А/Д).
 19. Острая сердечная недостаточность: классификация (Killip). Кардиогенный шок: патогенез, классификация, клиническая картина, принципы лечения.
 20. Хроническая сердечная недостаточность: определение, этиология, патогенез, классификация (Василенко В.Х., Стражеско Н.Д.; NYHA).
 21. Хроническая сердечная недостаточность: клиническая картина в зависимости от стадии, диагностика (клиническая, лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
 22. Перикардиты: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
 23. Миокардиты: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
 24. Идиопатические кардиомиопатии: понятие о группе заболеваний, классификационные подходы. Дилатационная кардиомиопатия: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
 25. Идиопатические кардиомиопатии: понятие о группе заболеваний, классификационные подходы. Гипертрофическая кардиомиопатия: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
 26. ОРЛ и ХРБС: определение, этиология, патогенез, клиническая картина.
 27. ОРЛ и ХРБС: классификация (МКБ -Х), диагностика, принципы лечения, профилактика (первичная, вторичная).
 28. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина.
 29. Инфекционный эндокардит: классификационные подходы, диагностика, диагностические критерии, критерии излеченности, принципы лечения.
 30. Аритмии: современные представления о патогенезе аритмии, классификация аритмий, верификация диагноза, классификация антиаритмических препаратов.
 31. Аритмии - нарушение функции автоматизма: патогенез, клиническая картина в зависимости от вида, изменения ЭКГ, особенности врачебной тактики в зависимости от вида нарушения ритма, показания к назначению антиаритмических препаратов.
 32. Аритмии - экстрасистолия: патогенез, клинические проявления, топическая диагностика экстрасистолических аритмий (ЭКГ-признаки); принципы лечения в зависимости от вида аритмии.
 33. Аритмии - пароксизмальные тахикардии: патогенез, клиническая картина приступа пароксизмальной тахикардии, характерные изменения на ЭКГ; принципы лечения в т. ч. купирования приступа пароксизмальной тахикардии (суправентрикулярной и желудочковой), показания к электроимпульсной терапии.
 34. Аритмии - мерцательная аритмия и трепетание предсердий: патогенез, классификация, клиническая симптоматология; изменения ЭКГ; принципы лечения пароксизмальной и постоянной формы мерцательной аритмии, показания к электроимпульсной терапии.
 35. Аритмии - фибрилляция желудочков: патогенез, клиническая картина, ЭКГ-признаки; принципы лечения, неотложная помощь.

III. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1. Нр-ассоциированные заболевания: общее понятие. ГЭРБ: этиология, патогенез, клиническая картина, принципы лечения.
2. Хронический гастрит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина в зависимости от типа гастрита.
3. Хронический гастрит: диагностика в зависимости от типа гастрита, дифференциальная диагностика гастритов, этиотропное и патогенетическое лечение в зависимости от типа хронического гастрита (тип А; В; С).
4. Язвенная болезнь: определение, этиология, патогенез, клиническая картина в зависимости от локализации язвы.
5. Язвенная болезнь: классификационные подходы, диагностика, принципы лечения (в т. ч. группы препаратов, схемы эрадикационной терапии).
6. Язвенная болезнь: классификационные подходы. Осложнения (кровотечение, перфорация, пенетрация) основные клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
7. Язвенная болезнь: классификационные подходы. Осложнения (малигнизация, рубцово-язвенная деформация): основные клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
8. Хронический энтерит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
9. Хронический колит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина (в т.ч. характеристика клинических вариантов), диагностика, принципы лечения.
10. Болезнь Крона: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
11. Неспецифический язвенный колит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
12. Хронический панкреатит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, характеристика клинических вариантов.
13. Хронический панкреатит: классификационные подходы, диагностика, принципы лечения в зависимости от фазы заболевания.
14. Хронический гепатит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
15. Цирроз печени: определение, этиология, патогенез (в т.ч. механизм самопрогрессирования цирроза печени), характеристика основных клинико-лабораторных синдромов.
16. Цирроз печени: классификационные подходы, диагностика, принципы лечения.
17. Портальная гипертензия: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика стадий, диагностика, принципы лечения.
18. Печеночно-клеточная недостаточность: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика стадий, диагностика, принципы лечения.
19. Желчнокаменная болезнь: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение в зависимости от стадии заболевания.
20. Хронический некалькулезный холецистит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение в зависимости от фазы заболевания.

IV. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ.

1. Диффузный токсический зоб: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика степеней тяжести, диагностика, принципы лечения.
2. Гипотиреоз: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Острый тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
4. Подострый тиреоидит: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
5. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика,

принципы лечения.

6. Эндемический зоб: признаки эндемичности местности, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

7. Сахарный диабет: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика I и II типов сахарного диабета, диагностика, лечение (диетотерапия, инсулинотерапия, пероральные сахароснижающие препараты).

8. Острые осложнения сахарного диабета: клиническая картина, диагностика, принципы лечения ком.

9. Поздние осложнения сахарного диабета: классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

10. Хроническая надпочечниковая недостаточность: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

11. Болезнь Иценко-Кушинга: патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

12. Несахарный диабет: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

13. Феохромоцитома: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

14. Синдром Конна: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

15. Ожирение: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

16. Акромегалия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

17. Гигантизм: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»
Медицинский факультет**

Кафедра терапии

**Примерная тематика рефератов по дисциплине
«Факультетская терапия, эндокринология».**

1. Генетические аспекты бронхоэктазов: причины, диагностика и потенциальные подходы к лечению.
2. Абсцесс и гангрена лёгкого: причины, симптомы и современные подходы к лечению
3. Роль микробиома лёгких в развитии и функционировании дыхательной системы: последние открытия и перспективы исследований
4. Диагностика и лечение рака лёгкого, иммунотерапия: новые подходы и успехи
5. Синдром раздражённого кишечника (СРК): патофизиология и основные механизмы развития. Диагностика: Римские критерии и их значение. Современные методы диагностики и лечения СРК, фармакотерапия и немедикаментозные подходы. Роль пробиотиков и пребиотиков в лечении
6. Диагностика и лечение синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) и возможные последствия для здоровья. Современное понимание проблемы. Подтипы: Н (D)-СИБР, М-СИБР, НS-СИБР. Влияние дисбаланса микробиома (микробиоты) кишечника.
7. Рак желудка. Причины возникновения: генетические факторы, нутриенты, роль инфекции *Helicobacter pylori*. Особенности рака желудка у разных возрастных групп. Современные технологии в ранней диагностике и лечении. Инновационные методы генной

терапии.

8. Рак поджелудочной железы: факторы риска и механизмы. Современные методы лечения рака поджелудочной железы: таргетные препараты в терапии. Экспериментальные модели и изучение новых препаратов.
9. Разработка и применение инновационных методов диагностики кардиологических заболеваний. Роль интервенционной кардиологии в предотвращении и лечении острого коронарного синдрома (ОКС)
10. Современные технологии использования стентов при лечении сосудистых поражений сердца. Разновидности и конструкция современных стентов. Недостатки и осложнения применения стентов в кардиологии.
11. Инновационные методы электрофизиологической диагностики и лечения аритмий сердца. Применение катетерной аблации в лечении аритмий сердца.
12. Генетические аспекты кардиомиопатий (КМП): наследственные формы и мутации.
13. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП), аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка (АКМППЖ), некомпактность левого желудочка, ионные каналопатии, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия
14. Инсулинома. Этиопатогенез, клиника, лечение.
15. Гипер и гипопаратиреоз: диагностика и лечение
16. Диагностическая тактика при увеличении щитовидной железы
17. Дифференциальная диагностика синдрома Иценко-Кушинга и экзогенного гиперкортицизма.

Критерии оценки реферата:

«Отлично» – содержание реферата основано на глубоком и всестороннем знании темы, изученной литературы, изложено логично, аргументировано и в полном объеме. Основные понятия, выводы и обобщения сформулированы убедительно и доказательно.

«Хорошо» – рефераты, основанные на твердом знании исследуемой темы. Возможны недостатки в систематизации или в обобщении материала, неточности в выводах, показано твердое знание основных категорий.

«Удовлетворительно» – рефераты, которые базируются на знании основ предмета, но имеются значительные пробелы в изложении материала, затруднения в его изложении и систематизации, выводы слабо аргументированы, в содержании допущены теоретические ошибки.

«Неудовлетворительно» – оцениваются рефераты, в которых обнаружено неверное изложение основных вопросов темы, обобщений и выводов нет. Текст реферата целиком или в значительной части дословно переписан из первоисточника без ссылок на него.

Форма экзаменационного билета

Государственное образовательное учреждение

«Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко»

Факультет: медицинский

Кафедра: терапии

Дисциплина: «Факультетская терапия,
эндокринология»
Специальность: 3.31.05.02- Педиатрия

«УТВЕРЖДАЮ»

Зав. каф. _____ Ю.Н. Березюк

«___» _____ 2024 г.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Пневмония: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, принципы эмпирической антибактериальной терапии, подходы к патогенетической и симптоматической терапии.
2. Митральный стеноз: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
3. Хронический гастрит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина в зависимости от типа гастрита.
4. Диффузный токсический зоб: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика степеней тяжести, диагностика, принципы лечения.
5. Задача 1

Составитель: _____ Ф.И.О.

Критерии оценок

оценка «отлично»: глубокие и твердые знания всего программного материала учебной дисциплины, содержащегося в рекомендованной (основной и дополнительной) литературе, глубокое понимание сущности назначения лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом; логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; возможность применить в полном объеме теоретические знания для решения ситуационных задач.

оценка «хорошо»: достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины, содержащегося в основной и дополнительной литературе, правильное понимание сущности назначения лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом; правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; умение самостоятельно, применять основные теоретические знания к решению ситуационных задач;

оценка «удовлетворительно»: знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей; поверхностное понимание сущности назначения лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом - правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; умение применять теоретические знания к решению основных задач;

оценка «неудовлетворительно»: отсутствие знаний значительной части программного материала; неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов; неумение применять теоретические знания при решении ситуационных задач