

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

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА «ТЕРАПИИ №2»

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент

Р.В.Окушко/

«30» августа 2017 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
БОЛЕЗНИ»**

Направление подготовки:

31.05.02 «Педиатрия»

ВРАЧ - ПЕДИАТР ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Форма обучения:

ОЧНАЯ

Составитель: ассистент кафедры Кацавель О.Н.

Кацавель

Тирасполь, 2017

«Факультетская терапия, профессиональные болезни»

1. В результате освоения дисциплины студент должен:

1.1. Знать:

- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний; современную классификацию заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику);
- критерии диагноза различных заболеваний; методы лечения и показания к их применению; клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов;

1.2. Уметь:

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);
- оценить состояние пациента и принять решение о необходимости оказания ему медицинской помощи; провести первичное обследование систем и органов: нервной, эндокринной, иммунной, дыхательной, сердечно-сосудистой, крови и кроветворных органов, пищеварительной, мочевыделительной, репродуктивной, костно-мышечной и суставов, глаза, уха, горла, носа;
- установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы;
- оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этнические, религиозные, индивидуальные, семейные, социальные факторы риска (безработица, насилие, болезнь и смерть родственников и пр.);
- поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
- наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата;
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; применять различные способы введения лекарственных препаратов;

- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания;
- оказывать первую помощь при неотложных состояниях, первую врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях; проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти.

1.3. Владеть:

- методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение свойств артериального пульса, измерение артериального давления);
- методами интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту;
- алгоритмом развернутого клинического диагноза;
- выполнением основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- алгоритмом выбора лекарственной терапии для оказания первой доврачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
V семестр			
1.	Контрольная работа №1. по темам № 1-15.	ОК-1, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-16, ПК-20.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
2.	Контрольная работа № 2. по темам № 16-29.	ОК-1, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-16, ПК-20.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
VI семестр			
1.	Контрольная работа №3. по темам № 30-33.	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: собеседование по билетам, решение клинических задач.

2.

Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Критерии оценки	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Клинические /ситуационные задачи	<i>Оценка «отлично»:</i> 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; <i>Оценка «хорошо»</i> 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. <i>Оценка «удовлетворительно»</i> 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 <i>Оценка «неудовлетворительно»:</i> отсутствует ответ хотя бы на один вопрос задачи или существенные и грубые ошибки в ответах на вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов.	распечатанные задачи
2	Тест	<i>Оценка «отлично»</i> правильные ответы на все предлагаемые вопросы теста или отсутствие ответа на 2 вопроса. <i>Оценка «хорошо»</i> отсутствие ответа на 4 вопроса теста. <i>Оценка «удовлетворительно»</i> отсутствие ответа на 6 вопросов теста. <i>Оценка «неудовлетворительно»</i> отсутствие ответа на 4 и более вопроса теста.	распечатанные тестовые задания
3	Промежуточная	В случае если студент(ка) за курс набрал (а) по БРС 198-208 баллов выставляется оценка	Распечатанные билеты,

	аттестация в виде собеседования по билетам, решения клинических задач: экзамен.	«удовлетворительно»; 209-237 баллов – оценка «хорошо»; 238-267 баллов – оценка «отлично». В случае если студент(ка) набрал(а) от 160 до 197 баллов сдаётся экзамен. Критерии оценки: <u>оценка «отлично»:</u> – 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. <u>оценка «хорошо»:</u> – 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; <u>оценка «удовлетворительно»:</u> – 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; <u>оценка «неудовлетворительно»:</u> – 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;	ситуационные /клинические задачи.
--	--	--	--

Примерные тестовые задания по дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни».

1. У больного АД без гипотензивной терапии на уровне 100-170/100 мм рт.ст., имеется ГЛЖ при ЭКГ исследовании, креатинин сыворотки крови 180 мкмоль/л. Выделить степень повышения АД стадию и степень риска :
- а) II ст., II стад., р.3;
 - б) III ст., II стад., р.4;
 - в) II ст., III стад., р.4;
 - г) II ст., II стад., р.4.
2. Выделить степень повышения АД, стадию и степень риска. Больная 70 лет АД без гипотензивной терапии на уровне 190-200/110-120 мм рт.ст. , при ходьбе в обычном темпе отмечает одышку и боли в сердце через 100-200 м. Изменения глазного дна типа Салюс II. 3 года назад перенесла инсульт. ЭКГ признаки ГЛЖ с перегрузкой.
- а) ст.2, стадия 2, риск;
 - б) ст. 3, стадия 2, риск 4;
 - в) ст.2, стадия 2, риск 4;
 - г) ст.3, стадия 3, риск 4.
3. Выделите форму нестабильной стенокардии Браунвальда. У больного 48 лет с диагнозом ЭАГ II степени, II стадии, 2 недели назад появились при ходьбе ангинозные боли. С гипотензивной целью принимает эналаприл, гипотиазид. На ЭКГ признаки ГЛЖ.
- а) III A1;
 - б) I B 2;
 - в) II B 3;
 - г) I A1.
4. Больной 50 лет поступил в ПИТ кардиологического отделения с диагнозом ОИМ. На ЭКГ: QS в V₁- V₂-V₃ с подъемом сегмента ST. На 3 сутки внезапно стала нарастать одышка. Появились боли в правом подреберье. Отеки на ногах. Состояние тяжелое. Бледность кожи, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, глухие, выслушивается пансистolicкий шум по парастеральной линии, определяется систolicкое дрожание. ЧСС – 96 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. печень увеличена на 4 см. предположительный диагноз:
- а) ТЭЛА;
 - б) Разрыв межжелудочковой перегородки;
 - в) ОCH III ФК (Kilip);
 - г) ОCH IV ФК (Kilip).
5. Больная 58 лет поступила в ПИТ кардиологического отделения с диагнозом ОИМ. На фоне стандартной терапии внезапно потеряла сознание пульс и АД не определяются. На ЭКГ- пароксизмальная желудочковая тахикардия с переходом в фибрилляцию желудочков. лечение:
- а) лидокаин в/в;
 - б) кардарон в/в;
 - в) внутрисердечное введение симпатомиметиков;
 - г) дефибрилляция.
6. Подъем сегмента ST на ЭКГ является характерным признаком:
- а) сухого перикардита;
 - б) экссудативного перикардита;

- в) констриктивного перикардита;
- г) гемоперикарда.

7. При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?

- а) стеноз устья аорты;
- б) недостаточность митрального клапана;
- в) стеноз митрального клапана;
- г) недостаточность трикуспидального клапана.

8. Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6 – 12 часов инфаркта миокарда?

- а) креатинфосфокиназа;
- б) лактатдегидрогеназа;
- в) аминотрансферазы;
- г) щелочная фосфатаза.

9. Какие ЭКГ-критерии не характерны для наджелудочковой экстрасистолии?

- а) преждевременный комплекс QRS;
- б) экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован;
- в) измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом;
- г) нормальный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом.

10. Какой из перечисленных симптомокомплексов типичен для инфекционного эндокардита?

- а) лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия;
- б) лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия;
- в) лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз;
- г) лихорадка, потливость, кожный зуд, увеличение лимфоузлов, гепатоспленомегалия.

11. Больной 52 лет с ревматическим пороком сердца, с клиникой левожелудочковой недостаточности. При осмотре выявлено: систолический и диастолический шумы в точке Боткина и втором межреберье справа. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонную артерию, пальпаторно определяется систолическое дрожание во втором межреберье справа от грудины. I и II тоны ослаблены. Выставлен диагноз сочетанного порока. Какие признаки свидетельствуют о недостаточности аортального клапана?

- а) систолический шум;
- б) диастолический шум;
- в) систолическое дрожание во втором межреберье справа;
- г) ослабление II тона.

12. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном положении сидя?

- а) напряжения;
- б) покоя;
- в) вариантной;
- г) напряжения и покоя.

13. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?

- а) патологический зубец Q;
- б) депрессии сегмента ST;

- в) появление отрицательного зубца Т;
- г) переходящая блокада ножек пучка Гиса.

14. Признаками нестабильной стенокардии являются:

- а) изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
- б) нарушение ритма и проводимости;
- в) снижение АД без гипотензивной терапии;
- г) появление патологического зубца Q на ЭКГ.

15. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:

- а) развития инфаркта миокарда;
- б) тромбоэмболии мозговых сосудов;
- в) развития фатальных нарушений ритма сердца;
- г) развития легочной гипертензии;

16. Синдром «обкрадывания» у больных со стенокардией развивается при использовании следующих групп препаратов:

- а) тринитраты;
- б) моонитраты;
- в) β -адреноблокаторы;
- г) вазодилататоры.

17. Что характерно для мерцательной аритмии?

- а) частота желудочковых комплексов более 120 в мин;
- б) отсутствие зубцов Р;
- в) наличие преждевременных комплексов QRS;
- г) укорочение интервалов PQ;

18. Какой из перечисленных признаков характерен для митральной недостаточности?

- а) пульсация печени;
- б) астеническая конституция;
- в) увеличение сердца влево;
- г) систолическое дрожание во II межреберье справа;

19. Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?

- а) пункция перикарда;
- б) рентгенография грудной клетки;
- в) ФКГ;
- г) ЭКГ.

20. Больной 22 лет, спортсмен, поступил с жалобами на повышение температуры до 39°C, с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. В легких - небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. ЧСС=106 ударов в мин. АД=120/40 мм рт.ст., печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, болезненная при пальпации. Незначительные отеки голеней. О каком заболевании можно думать?

- а) Миокардит;
- б) Пневмония;
- в) Инфекционный эндокардит;
- г) Ревмокардит.

21. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. При аускультации - на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии - увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз:

- а) сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
- б) недостаточность митрального клапана;
- в) недостаточность устья аорты;
- г) стеноз устья аорты.

22. Больная 80 лет поступила в отделение с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». За время наблюдения у больной периодически возникают эпизоды потери сознания с эпилептиформными судорогами и дыханием типа Чейна-Стокса. На ЭКГ - зубцы Р не связаны с комплексами QRS жестким интервалом, продолжительность интервала PP=0,8 с, RR=1,5 с. ЧСС=35 в мин. Предположительный диагноз:

- а) полная атриовентрикулярная блокада;
- б) брадикардическая форма мерцания предсердий;
- в) фибрилляция желудочков;
- г) синусовая тахикардия.

23. Больной 54 лет поступил в клинику с диагнозом: повторный переднеперегородочный инфаркт миокарда с переходом на верхушку и боковую стенку левого желудочка. Объективно: состояние тяжелое, бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких - единичные незвонкие мелкопузырчатые хрипы в нижне-задних отделах. ЧСС=110 в мин. ЧД=24 в мин. АД=80/60 мм рт.ст. Пульс - слабого наполнения. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен. Диагноз:

- а) рецидивирующий инфаркт миокарда;
- б) кардиогенный шок;
- в) отек легких;
- г) разрыв межжелудочковой перегородки.

24. Для гастрита типа В характерно все кроме:

- а) наличие *Helicobacter Pylori*;
- б) сохраненная или повышенная секреторная функция;
- в) пониженная секреторная функция;
- г) преимущественно поражен антральный отдел желудка.

25. Женщина 32 лет жалуется на боль в левом подреберье появляющуюся через 2 часа после еды, тошноту, вздутие живота, склонность к диарее. Объективно: субиктеричность склер, живот болезненный при пальпации в точке Губергрица-Скульского. Печень у края реберной дуги. Наиболее верный диагноз?

- а) Хронический панкреатит;
- б) Хронический гастрит;
- в) Хронический гепатит;
- г) Хронический холецистит.

26. Для язвенной болезни 12-ти перстной кишки наиболее характерными симптомами являются:

- а) локальные "голодные" боли у мечевидного отростка;
- б) ранние разлитые боли в эпигастрии;
- в) боли купируются после еды и приема антацидов;
- г) головные боли.

27. У больного имеется цирроз печени со спленомегалией. В анализе крови: Hb-90г/л., эритроциты- $2,5 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты- $3,5 \cdot 10^9$ /л (формула без особенностей); тромбоциты - $74 \cdot 10^9$ /л. Чем объяснить изменения в крови?
- а) Гемолизом;
 - б) Кровопотерей из расширенных вен пищевода;
 - в) Гиперспленизмом;
 - г) Нарушением всасывания железа.
28. У женщины 50 лет, страдающей ожирением, внезапно возник приступ интенсивных болей в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область. Больная беспокойна, мечется в постели. При осмотре: кожа обычного цвета, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря, положительный симптом Ортнера, температура тела нормальная, анализ крови без патологии. Наиболее вероятно, что у больной:
- а) Острый холецисто-холангит;
 - б) Желчнокаменная болезнь, желчно-пузырная колика;
 - в) Обострение хронического калькулезного холецистита;
 - г) Пенетрация язвы желудка в круглую связку печени.
29. Мужчина 59 лет обратился в стационар с признаками паренхиматозной желтухи и портальной гипертензии. Во время гистологического исследования пункционного биоптата печени – структура балок нарушена, порта – портальные соединительнотканые перегородки с формированием псевдодолек, перипортальные лимфо – макрофагальные инфильтраты. Наиболее вероятный диагноз:
- а) Хронический гепатоз;
 - б) Цирроз печени;
 - в) Алкогольный гепатит;
 - г) Токсическая дистрофия.
30. у больного 35 лет диагностировано желудочно-кишечное кровотечение. Общее состояние удовлетворительное. В общем анализе крови: Hb 90 г/л; Эр. $2,7 \cdot 10^{12}$ /л. Какой дополнительный метод исследования наиболее информативен для подтверждения диагноза?
- а) Определение кислотности желудочного сока;
 - б) Лапароскопия;
 - в) Эндоскопическое исследование;
 - г) Рентгеноскопия желудка;
31. Пациент 31 года предъявляет жалобы на кашель с отделением мокроты гнойного характера, боли в грудной клетке при кашле, одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39°C . Со слов больного заболел 5 дней назад, после переохлаждения. Объективно: общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы розовые, горячие на ощупь. Периферических отеков нет. Перкуторно – притупление перкуторного звука в нижних отделах слева, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД – 24 в 1 минуту. Сердечная деятельность ритмичная, тоны несколько приглушены, ЧСС – 104 в 1 минуту, А/Д – 100/65 мм.рт.ст. В ОАК – лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Спирография – снижение ЖЕЛ, увеличение МОД. Выставьте диагноз данному больному:
- а) Левосторонняя нижнедолевая пневмония;
 - б) Левосторонний экссудативный плеврит;
 - в) Очаговый туберкулез легких;
 - г) Идиопатический фиброзирующий альвеолит.

32. Пациент 25 лет предъявляет жалобы на боли в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, общую слабость. Объективно: общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы розовые, теплые на ощупь. При аускультации на вдохе и на выдохе выслушивается шум, напоминающий хруст снега, после кашля аускультативный характер шума не изменяется. ЧДД – 24 в 1 минуту. Сердечная деятельность ритмичная, ЧСС – 92 в 1 минуту. Живот мягкий безболезненный при пальпации во всех отделах. В ОАК: лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Выберите наиболее оптимальное лечение для больного:

- а) Антибиотик + НПВС + противокашлевые препараты;
- б) Антибиотики + ГКС + НПВС;
- в) Негормональные цитостатики + НПВС + противокашлевые средства;
- г) НПВС + антикоагулянты + беклометазон;

33. Для бронхиальной астмы характерно все, кроме:

- а) уменьшения показателей пробы Тиффно;
- б) ослабления голосового дрожания;
- в) сухих свистящих хрипов;
- г) притупления перкуторного звука над легкими;

34. Пациент 30 лет страдает бронхиальной астмой в течение последних 10 лет. В настоящее время, со слов больного, периодичность приступов удушья составляет 1 раз в сутки, ночные симптомы астмы возникают 2 раза в неделю. Результаты спирографии: ОФВ₁ – 70% от нормы, суточные колебание – 32%. Какая степень тяжести бронхиальной астмы у данного больного?

- а) легкое интермиттирующее течение;
- б) легкое персистирующее течение;
- в) среднее персистирующее течение;
- г) тяжелое персистирующее течение;

35. Пациентка 41 года страдает бронхиальной астмой в течение последних 15 лет. В настоящее время, со слов больной периодичность приступов удушья составляет 3 раза в неделю, ночные симптомы астмы возникают 4 раза в месяц. Результаты спирографии: ОФВ₁ – 87% от нормы, суточные колебание – 24%. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы у данного больного должна включать в себя:

- а) прием сальбутамола перед физической нагрузкой или перед контактом с аллергеном;
- б) беклометазон в дозе 400 мкг в сутки, сальметерол; сальбутамол по потребности;
- в) беклометазон в дозе 1000 мкг в сутки, сальметерол; сальбутамол по потребности;
- г) беклометазон в дозе 1800 мкг в сутки, преднизолон 10 мг в сутки, атровент, сальметерол, сальбутамол по потребности.

36. Наиболее характерным аускультативным признаком пневмонии является выслушивание:

- а) крепитации;
- б) амфорического дыхания;
- в) сухих рассеянных хрипов;
- г) влажных крупнокалиберных хрипов.

37. 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;

38. Больной, страдающий язвенной болезнью 12- перстной кишки 10 лет при поступлении предъявляет жалобы на: интенсивную, внезапно возникшую резкую боль в эпигастрии. Положение больного вынужденное на правом боку с приведенными к животу ногами. Живот резко болезненный, при пальпации выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Ваш предварительный диагноз:

- а) Пенетрация язвы;
- б) Тромбоз мезентериальных артерий;
- в) Обострение язвенной болезни;
- г) Перфорация язвы.

39. Больная 41 года предъявляет жалобы на: частый жидкий стул (до 10-12 раз в день) с примесью слизи и крови, боль в нижних отделах живота, снижение массы тела. Больная в течение последних 2-х лет. При осмотре: пониженного питания, кожные покровы сухие, бледные. Язык красный, обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации болезнен по правому и левому фланкам и в левой подвздошной области.

Ректороманоскопия: слизистая оболочка гиперемирована, отечна, сосудистый рисунок отсутствует, обнаружены эрозии. Наиболее вероятный диагноз у данной больной:

- а) Хронический колит;
- б) Болезнь Крона;
- в) Хронический энтерит;
- г) Хронический панкреатит;

40. Больная 45 лет предъявляет жалобы на: боли в правом подреберье, интенсивный зуд кожи, желтушность кожи и слизистых оболочек, тошноту. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые желтушны, печень на 6 см выпухает из-под края правой реберной дуги, плотная, край заострен. Симптом Курвуазье отрицательный. В БАК: общий билирубин - 160 мкмоль/л, прямой билирубин - 110 мкмоль/л, тимоловая проба – 24 ед.; АСТ – 176 Ед/л, АЛТ – 410 Ед/л. Наиболее вероятный диагноз у данной больной:

- а) Хронический гепатит минимальной степени активности;
- б) Хронический персистирующий гепатит;
- в) Хронический гепатит максимальной степени активности;
- г) Хронический гепатит умеренной степени активности.

41. Пациентка 62 лет предъявляет жалобы на: желтуху, боли в правом подреберье, усиливающиеся после еды, тошноту, вздутие живота, кожный зуд, снижение массы тела, диспепсические расстройства. Считает себя больной в течение последних 8-ми лет, состояние ухудшается постепенно. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые желтушные, живот увеличен в объеме, вены передней брюшной стенки расширены. В ОАК: нормохромная анемия, ускорение СОЭ; БАК: общий билирубин - 180 мкмоль/л, прямой билирубин - 120 мкмоль/л, тимоловая проба – 25 ед.; АСТ – 150 Ед/л, АЛТ – 320 Ед/л. ФГДС: варикозное расширение пищевода и желудка. Какая патология может проявляться такими симптомами?

- а) Цирроз печени;
- б) Хронический гепатит;
- в) Хронический энтерит;
- г) Хронический колит.

42. Какой из нижеперечисленных признаков не характерен для II стадии печеночно-клеточной недостаточности:

- а) снижение массы тела;
- б) желтуха;
- в) повышение уровня АЛАТ;
- г) кровотечение из варикозно-расширенных вен..

43. У служащих крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40°C, появились озноб, кашель с мокротой, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. Какова наиболее вероятная причина пневмонии?

- а) клебсиелла;
- б) легионелла;
- в) микоплазма пневмонии;
- г) палочка Пфейффера.

44. Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является:

- а) клебсиелла;
- б) хламидия;
- в) микоплазма;
- г) пневмококк.

45. У больного 35 лет в течение 2 недель отмечается слабость, повышенная потливость, утомляемость, были боли в правом боку при дыхании. Температура тела 38 °C, 28 дыхательных движений в минуту, пульс – 100 ударов в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Голосовое дрожание справа снизу не проводится, там же выявляется интенсивное притупление. Дыхание над нижним отделом правого легкого ослаблено. Границы сердца смещены влево. Анализ крови: лейкоциты – 12 тыс./мл, палочкоядерные – 13%, лимфоциты – 13%, СОЭ – 38 мм/ч. Предварительный диагноз?

- а) Диссеминированный туберкулез легких;
- б) Плевропневмония;
- в) Экссудативный плеврит;
- г) Спонтанный пневмоторакс.

46. У больного 35 лет отмечаются нечастые (2 раза в месяц) приступы одышки, легко купирующиеся ингаляциями β_2 -агонистов короткого действия. Во время приступа в легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. В межприступный период ОФВ₁ более 80% от должного. Поставьте правильный диагноз.

- а) Данной информации недостаточно для установления степени тяжести бронхиальной астмы;
- б) Бронхиальная астма, легкое персистирующее течение;
- в) Бронхиальная астма, среднее персистирующее течение;
- г) Бронхиальная астма, интермиттирующее течение.

47. Больному 22 лет выставлен диагноз: «Двухсторонняя микоплазменная пневмония средней степени тяжести». Какие из перечисленных препаратов необходимо назначить данному больному?

- а) макролиды 2-го поколения;
- б) цефалоспорины 1-го поколения;
- в) аминогликозиды;
- г) полусинтетические пенициллины.

48. Мужчина 60 лет жалуется на одышку с затрудненным выдохом, усиливающуюся при физической нагрузке, по утрам кашель с отхождением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты. Объективно: температура – 36,8°C, ЧДД – 22 в мин., ЧСС – 84 уд/мин., АД – 110/70 мм.рт.ст. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. При аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. ОФВ – 60% от должного, при пробе с атровентом – прирост 5 %. Какой механизм развития бронхиальной обструкции наиболее вероятен у данного больного?

- а) Бронхоспазм;
- б) Хронический обструктивный бронхит;
- в) Бронхиальная астма;
- г) Фиброзно-кавернозный туберкулез.

49. К гипертензии в малом круге кровообращения при хроническом бронхите ведет все перечисленное, кроме:

- а) спазма мелких сосудов малого круга кровообращения, обусловленного нарушением равномерности вентиляции паренхимы легкого;
- б) облитерации мелких сосудов малого круга кровообращения вследствие развития пневмосклероза;
- в) облитерации и коллабирования сосудов малого круга кровообращения при центриацинарной эмфиземе легких и образовании булл в легких;
- г) повышенной эластичности стенок крупных сосудов малого круга кровообращения.

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.

Ключ к тестовым заданиям.

1. в	11. б	21. б	31. а	41. а
2. г	12. а	22. б	32. а	42. г
3. в	13. б	23. г	33. г	43. б
4. б	14. а	24. в	34. в	44. г
5. г	15. а	25. а	35. б	45. в
6. а	16. г	26. а	36. а	46. г
7. а	17. б	27. в	37. г	47. а
8. а	18. в	28. в	38. г	48. б
9. б	19. б	29. б	39. б	49. г
10. б	20. в	30. в	40. в	50. г

Примерные ситуационные/клинические задачи по дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни».

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, спирали 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 (β₂-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 (β₂-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 пекторалалия. 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 не диагностированного 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 средне-тяжелого 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, ноппой, 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 нопшы 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 эпигастральной и пилородуоденальной 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 натекает 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 пилорoduodenальной 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, гиперемию 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* и 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 патогномичны 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* и 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 (НСV). 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 (HCV) 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 HCV-инфекцией.

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

Перед началом противовирусной терапии обязательны исследования крови на HCV 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 HCV 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 HCV, 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 максимальной степени активности.

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 HCV 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, застой желчи способствует беременности 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 холес-татического 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 МЕ и 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 атро-фического 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»). Ductus choledochus 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 переменой 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 ductus choledochus, «застойная» желчь при отсутствии расширения внутрипеченочных протоков (свидетельствует о гипотонической дискинезии желчного пузыря, а не увеличении его вследствие нарушении 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 aminотрансфераз. 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-HBcor Jg G (+), анти-HBcor Jg M (-), HBV ДНК (-), анти-HCV (-), HCV РНК (-).

Дополнительно определены маркеры вируса гепатита D. Выявлены суммарные антитела к HD Ag и HDV РНК. 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 в анамнезе. В настоящее время жалоб нет, однако высокая активность ферментов цитолиза в сочетании с персистенцией вируса гепатита В 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 α-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°C), 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°C. 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°C. 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 снаружи 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 11x7 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: pH - 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 новокаина 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 IA класса (хинидин), IC класса (аллапинин, этацизин, про-пафенон) 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 эпигастральной 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 гипертензия 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 сцинтиграфию 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).

Примерные вопросы к контрольным работам по дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни».

V СЕМЕСТР

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №1 (темы 1-15)

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 ХОБЛа.
24. Признаки обострения ХОБЛа.
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.
36. Перечислить клинические формы ИБС.
37. Классификация нестабильной стенокардии по Браунвальду.
38. Что означает по классификации нестабильной стенокардии (Браунвальда) ПА1,; ИБ.3?
39. Что относится к ОКС?
40. Патогенез ОКС (основные моменты).
41. Патогенетическое лечение ИБС (характеристика основных групп препаратов).
42. Клинические варианты начала ОИМ.
43. Лабораторно-инструментальная диагностика ОИМ.
44. Характеристика ранних осложнений ОИМ.
45. Характеристика поздних осложнений ОИМ.
46. ЭКГ при не Q-ОИМ нижней стенки и верхушки.

47. План обследования больных ИБС.
48. Стандарт лечения неосложненного ОИМ.
49. Клиническая картина и тактика лечения при IVФК стабильной стенокардии напряжения.
50. Лечение ОИМ, осложненного ОСН IIФК.
51. Стандарты лечения отека легких в зависимости от уровня А/Д.
52. Характеристика СН IIФК (NYHA).
53. Характеристика НК IIIА (классификация Мухарлямова Н.М.).
54. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности.
55. Определения и принципы диагностики Артериальной гипертензии.
56. Причины развития САГ.
57. Классификация АГ по уровню повышения АД и ее применение.
58. Классификация АГ по стадиям (ВОЗ).
59. Классификация АГ по степени риска.
60. Характеристика основных групп современных антигипертензивных препаратов.
61. Определение и клиническая картина гипертонического криза.
62. Дифференциальная диагностика при ГК I и II типов.
63. Принципы лечения Гипертонического криза в зависимости от типа и наличия осложнений.
64. Факторы риска для АГ (перечислить).
65. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия β -адреноблокаторов.
66. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия иАПФ.
67. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия диуретиков.
68. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия нитратов и нитратоподобных.
69. Митральный стеноз: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
70. Недостаточность митрального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
71. Стеноз устья аорты: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
72. Недостаточность аортального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
73. Коарктация аорты: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
74. Патогенез ОРЛ.
75. Классификация Ревматизма.
76. Диагностические критерии ОРЛ.
77. Характеристика суставного синдрома при ОРЛ.
78. Клиника поражения сердца при ОРЛ.
79. Характеристика острого течения ОРЛ.
80. Клинико-лабораторная характеристика умеренной степени активности ревматизма.
81. Принципы лечения ОРЛ.
82. Профилактика ревматизма.

VI СЕМЕСТР

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №2 (темы 16-29)

1. Основные патогенетические механизмы развития ГЭРБа.
2. Клиническая картина и тактика ведения пациента со средней степенью тяжести ГЭРБа.
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.
26. Этиологические (эпидемиологические) факторы гепатитов.
27. Патогенетические особенности вариантов вирусного гепатита.
28. Принципы классификации хронических гепатитов.
29. Современные представления о патогенезе хронических гепатитов.
30. Клиническая картина хронического гепатита.
31. Лабораторно-инструментальная диагностика хронического гепатита.
32. Этиология цирроза печени.
33. Современные представления о патогенезе цирроза печени.
34. Клинико-лабораторная характеристика синдромов цирроза печени.
35. Характеристика стадий ГЦН.
36. Характеристика стадий портальной гипертензии.
37. Лабораторно-инструментальная диагностика хронического гепатита.
38. Принципы классификации цирроза печени.
39. Принципы лечения хронического гепатита в том числе зависимости от степени активности.
40. Показания, противопоказания и побочные эффекты противовирусной терапии при хронических гепатитах.
41. Физиологический гемолиз эритроцитов.
42. Гематологическая характеристика гиперрегенераторной способности костного мозга.
43. Патогенез сидеропенического синдрома.

44. Показания для парентерального применения препаратов железа.
45. Показания для гемотрансфузий при анемиях.
46. Принципы лечения ЖДА (в т.ч. дозы железа).
47. Принципы и характеристика первичной и вторичной профилактики железодефицитной анемии.
48. Механизм всасывания железа.
49. Патогенетическая классификация анемий.
50. Нормальные показатели сывороточного железа и ОЖССК при каких патологических состояниях отмечается изменение этих показателей.
51. Клинико-лабораторная характеристика анемического синдрома при железодефицитной анемии.
52. Показатели ОАК при железодефицитной анемии.
53. Классификация анемий по степеням тяжести.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №3 (темы 30-33)

1. Этиология острого гломерулонефрита.
2. Клинико-лабораторная характеристика смешанного варианта хронического гломерулонефрита
3. Патогенез мочевого синдрома при остром гломерулонефрите.
4. Диагностика синдрома артериальной гипертензии при гломерулонефрите.
5. Принципы лечения отеочного варианта хронического гломерулонефрита.
6. Диагностика латентного варианта хронического пиелонефрита.
7. Клинико-лабораторная характеристика отеочного варианта хронического гломерулонефрита.
8. Патогенетическое лечение острого гломерулонефрита.
9. Патогенез острого гломерулонефрита.
10. Диагностика отеочного синдрома.
11. Клинико-лабораторная характеристика латентного варианта хронического гломерулонефрита фазе обострения.
12. Принципы этиологического лечения острого гломерулонефрита.
13. Патогенез синдрома артериальной гипертензии при гломерулонефрите.
14. Исходы и осложнения острого гломерулонефрита.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЭКЗАМЕНУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ» - 8 семестр.

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. Легочное сердце: определение, классификационные подходы, патогенез, основные клинические проявления хронического легочного сердца в зависимости от стадии, диагностика, лечение в зависимости от стадии компенсации.

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. Ревматизм: определение, этиология, патогенез, клиническая картина.
23. Ревматизм: классификация (МКБ -Х), диагностика, принципы лечения, профилактика (первичная, вторичная).
24. Аритмии: современные представления о патогенезе аритмии, классификация аритмий, верификация диагноза, классификация антиаритмических препаратов.
25. 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.
26. Аритмии – экстрасистолия: патогенез, клинические проявления, топическая диагностика экстрасистолических аритмий (ЭКГ-признаки); принципы лечения в зависимости от вида аритмии.
27. 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.
28. Аритмии - мерцательная аритмия и трепетание предсердий: патогенез, классификация, клиническая симптоматология; изменения ЭКГ; принципы лечения пароксизмальной и постоянной формы мерцательной аритмии, показания к электроимпульсной терапии.
29. Аритмии - фибрилляция желудочков: патогенез, клиническая картина, ЭКГ-признаки; принципы лечения.

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. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ.

1. Анемии: определение, классификационные подходы (патогенетическая классификация, классификация по: степени насыщения эритроцитов гемоглобином, по степени тяжести, по морфологии, по регенераторной способности костного мозга).
2. Анемии: определение, классификационные подходы (патогенетическая классификация, классификация по: степени насыщения эритроцитов гемоглобином, по степени тяжести, по морфологии, по регенераторной способности костного мозга).
3. Железодефицитная анемия: этиология, краткие сведения об обмене железа в организме, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения, первичная и вторичная профилактика.

V. БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

1. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика.
2. Острый гломерулонефрит: классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, диагностика, клиническая картина в зависимости от варианта заболевания.
4. Хронический гломерулонефрит: классификационные подходы, диагностика (лабораторная, инструментальная), клиническая картина и лечение в зависимости от варианта заболевания.

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

Медицинский факультет
Кафедра терапии №2

«Утверждаю»
зав. кафедрой _____ Окушко Р.В.
« » _____ 2018.

дисциплина: «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ»

специальность: 31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № _____

1. Пневмония: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, принципы эмпирической антибактериальной терапии, подходы к патогенетической и симптоматической терапии.
2. Болезнь Крона: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Клиническая задача.
4. Клиническая задача.
5. Клиническая задача.

Составил _____ ассистент

**Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии №2**

**«Утверждаю»
зав. кафедрой _____ Окушко Р.В.
« » _____ 2018.**

**дисциплина: «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ»
специальность: 31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ»**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № _____

1. Недостаточность митрального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
2. Железодефицитная анемия: этиология, краткие сведения об обмене железа в организме, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения, первичная и вторичная профилактика.
3. Клиническая задача.
4. Клиническая задача.
5. Клиническая задача.

Составил _____ ассистент