

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Оценочные материалы

по дисциплине

ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Специальность **31.05.02 Педиатрия**

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

общепрофессиональных (ОПК):

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

профессиональных (ПК)

*** Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями**

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК- 4	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа:	75 с эталонами ответов
	Задания на дополнения	10
	Вопросы для собеседования	30
	Ситуационные задачи	35
ОПК- 7	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа:	75 с эталонами ответов
	Задания на дополнения	10
	Вопросы для собеседования	30
	Ситуационные задачи	35

ОПК-4

Задания закрытого типа:

.

Задание 1 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

1) Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа

1. Инсулинорезистентность
2. Аутоиммунная деструкция б-клеток
3. Абсолютный инсулиновый дефицит
4. Повышение контринсулярных гормонов
5. Верно 2 и 3

Эталон ответа : 5. верно 2 и 3.

Задание 2 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

2) Какое из перечисленных заболеваний может приводить к развитию вторичной (симптоматической) гипертензии:

1. Хронический бронхит
2. Бронхиальная астма
3. Сахарный диабет
4. Феохромоцитома

Эталон ответа : 4. Феохромоцитома

Задание 3 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

3) Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:

1. Глаукома
2. Катаракта
3. Проллиферирующая ретинопатия
4. Атрофия зрительных нервов

5. Автономная нейропатия

Эталон ответа : 3. Проллиферирующая ретинопатия

Задание 4 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

4)Снижение синтеза АДГ приводит к развитию:

1. Гипергликемии;
2. Гипогликемии;
3. Гипертонии;
4. Несахарного диабета
5. Повышенной реабсорбции воды в почках.

Эталон ответа : 4. Несахарного диабета.

Задание 5 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

5)К поражению органов-мишеней при гипертонической болезни относится:

1. Гиперхолестеринемия
2. Сахарный диабет
3. Метаболический синдром
4. Гипертрофия левого желудочка

Эталон ответа : 4. Гипертрофия левого желудочка

Задание 6 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

б)Боль в груди с развитием шока, выраженная одышка, наличие в анамнезе недавнего оперативного вмешательства позволяют заподозрить:

1. Тромбоэмболию легочной артерии
2. Миокардит
3. Стенокардию
4. Сухой плеврит.

Эталон ответа : 1. Тромбоэмболию легочной артерии.

Задание 7 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

7) У больного с язвенной болезнью желудка боль приняла постоянный характер и появилась иррадиация боли в спину. Можно предположить осложнение язвенной болезни.

1. Пилоростеноз
2. Пенетрация в поджелудочную железу
3. Малигнизация
4. Перфорация
5. Демпинг-синдром

Эталон ответа : 2. Пенетрацию в поджелудочную железу.

Задание 8 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

8) Гипертиреоз обусловлен повышенным образованием тиреоидных гормонов при:

1. Хроническом аутоиммунном тиреоидите
2. Подостром тиреоидите
3. Послеродовом тиреоидите
4. Болезни Грейвса

Эталон ответа : 4. Болезни Грейвса.

Задание 9 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

9) К факторам агрессии в патогенезе язвенной болезни желудка относят:

1. Апоптоз клеток слизистой желудка
2. Повышенный уровень простагландинов в слизистой желудка
3. Нарушение эвакуаторной деятельности желудка
4. Соляную кислоту и пепсин

Эталон ответа : 4. Соляную кислоту и пепсин.

Задание 10 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

10) В патогенезе развития основных симптомов болезни Иценко-Кушинга главную роль играет:

1. Вазопрессин
2. Альдостерон
3. Пролактин
4. Кортизол

Эталон ответа: 4. Кортизол.

Задание 11 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

11) В патогенезе ревматоидного артрита ведущим механизмом является:

1. Склерозирование
2. Выработка аутоантител
3. Инфекционно-воспалительный
4. Тромбообразования

Эталон ответа : 2. Выработка аутоантител

Задание 12 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

12) К ведущим факторам в патогенезе первичного остеопороза относят:

1. Исходную плотность костной ткани и генетическую предрасположенность
2. Отсутствие в питании на первом году жизни цельного коровьего молока
3. Повышение физической активности
4. Понижение овариальной функции у женщин в течении жизни.

Эталон ответа: 1. Исходную плотность костной ткани и генетическую предрасположенность

Задание 13 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

13) Основным патогенетическим фактором инфаркта миокарда является:

1. Спазм коронарной артерии
2. Окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой
3. Внезапное повышение потребности миокарда в кислороде
4. Тромбоз коронарной артерии

Эталон ответа : 4. Тромбоз коронарной артерии

Задание 14 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

14) В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:

1. Артериальная гипотония
2. Стрессовая реакция на боль
3. Гиповолемия
4. Резкое снижение сократительной функции левого желудочка

Эталон ответа : 4. Резкое снижение сократительной функции левого желудочка

Задание 15: Выберите 1 правильный ответ.

15) В основе патогенеза сахарного диабета 2 типа ведущую роль играет:

1. Инфекция
2. Прием лекарственных препаратов
3. Действие контринсулярных гормонов
4. Инсулинорезистентность

Эталон ответа : 4. Инсулинорезистентность

Задание 16 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

16) В патогенезе сахарного диабета 2 типа играют роль все перечисленные гормональные антагонисты инсулина, кроме:

1. Гормона роста
2. Адренокортикотропного гормона
3. Андрогенов
4. Глюкокортикоидов
5. Глюкагона

Эталон ответа : 3. Андрогенов

Задание 17 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

17) Основные звенья патогенеза кетоацидотической комы.

1. Метаболический ацидоз
2. Гиповолемия
3. Накопление кетоновых тел
4. Интоксикация
5. Энцефалопатия с нарушением сознания
6. Верно все перечисленное

Эталон ответа : 6. Верно все перечисленное

Задание 18 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

18) Ведущие звенья патогенеза нефротического синдрома при болезнях почек:

1. Снижение онкотического давления плазмы крови
2. Нарушение реабсорбции белка в канальцах
3. Нарушение проницаемости гломерулярного фильтра
4. Массивная протеинурия
5. Вторичный альдостеронизм
6. Верно все перечисленное

Эталон ответа: 6. Верно все перечисленное

Задание 19 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

19) В патогенезе сахарного диабета 1 типа участвуют механизмы:

1. Склерозирования;
2. Тромбообразования;
3. Токсико-воспалительные;
4. Выработки аутоантител
5. Аллергические.
6. Верно 3,4

Эталон ответа : 4. Выработки аутоантител

Задание 20 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

20) К патогенетическим механизмам развития стенокардии не относится:

1. Стенозирующий коронаросклероз
2. Полная обтурация тромбом коронарных артерий
3. Коронароспазм
4. Увеличение потребности миокарда в кислороде
5. Недостаточность коллатерального кровообращения в миокарде

Эталон ответа : 2. Полная обтурация тромбом коронарных артерий

Задание 21 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

21) Причиной вариантной стенокардии является:

1. Преходящий спазм малоизмененной крупной коронарной артерии
2. Преходящий спазм малоизмененных мелких сосудов коронарной артерии
3. Коронаротромбоз
4. Сочетание атеросклеротического стеноза и коронароспазма
5. Стенозирующий коронаросклероз более 75 % одной крупной коронарной артерии

Эталон ответа : 1. Преходящий спазм малоизмененной крупной коронарной артерии

Задание 22 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

22) Для гипертонической болезни 1 стадии (по классификации ВОЗ) характерно:

1. Наличие органических поражений
2. Отсутствие поражений органов-мишеней
3. Кризовое течение болезни
4. Наличие ассоциированных клинических состояний
5. Генерализованное или локальное поражение артерий сетчатки

Эталон ответа : 2. Отсутствие поражений органов-мишеней

Задание 23 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

23) Для тиреотоксикоза пожилых пациентов наиболее характерно:

1. Проявления катаболического синдрома: похудание, чувство слабости, чувство жара
2. Выраженные дистрофические изменения в миокарде, нарушение сердечного ритма
3. Психическая лабильность: эпизоды агрессивности, возбуждения, чередующиеся с плаксивостью и астенией
4. Наличие выраженного мелкого тремора

Эталон ответа: 2. Выраженные дистрофические изменения в миокарде, нарушение сердечного ритма

Задание 24 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

24) У больных ревматоидным артритом остеопороз развивается вследствие:

1. Ограничения общей двигательной активности с уменьшением мышечной массы
2. Угнетения процессов костного ремоделирования под воздействием провоспалительных цитокинов
3. За счет остеопенических эффектов базисной терапии глюкокортикоидами, цитостатиками и иммунодепрессантами
4. Всего вышеперечисленного

Эталон ответа : 4. Всего вышеперечисленного

Задание 25 Инструкция: Выберите 1 правильный ответ.

25) Боль в груди, иррадирующая по ходу межреберных нервов, связанная с физической активностью и поворот туловища, «щадящая поза» пациента характерны для:

1. Спонтанного пневмоторакса
2. Инфаркта миокарда

3. Межреберной невралгии

4. Перикардита.

Эталон ответа : 3. Межреберной невралгии.

Задания открытого типа:

Задание 1 Инструкция: заполните пробел.

1. Причина кетоацидотической комы: недостаток _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): инсулина.

Задание 2 Инструкция: заполните пробел.

2. I патогенетический этап формирования нефротических отеков характеризуется _____ коллоидно-осмотического давления.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): снижением.

Задание 3 Инструкция: заполните пробел.

3. Ведущий механизм нефротических отеков _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): гипоальбуминемия.

Задание 4 Инструкция: заполните пробел.

4. Провоцирующий фактор расслаивающей аневризмы аорты _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): высокое АД.

Задание 5 Инструкция: заполните пробел.

5. При ревматизме чаще поражается клапан _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): митральный.

Задание 6 Инструкция: заполните пробел.

6. У больного на фоне гипертонического криза появились удушье и обильная пенистая розовая мокрота — это _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): отек легких

Задание 7 Инструкция: заполните пробел.

7. У пациентов со 2-й стадией гипертонической болезни (ВОЗ) встречается _____ левого желудочка.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): гипертрофия.

Задание 8 Инструкция: заполните пробел.

8. Для суставного синдрома при РА характерно _____ артрит с преимущественным поражением суставов кистей.(симметричный)

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): симметричный.

Задание 9 Инструкция: заполните пробел.

9. Тиреотоксикоз обусловлен повышенным образованием тиреоидных гормонов при болезни _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Грейвса.

Задание 10 Инструкция: заполните пробел.

10. Сроком полной организации инфаркта миокарда, положенным экспертами ВОЗ в основу классификации ишемической болезни сердца, является : _____ месяца

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): два.

Вопросы для собеседования (Задания с развернутым ответом).

Задание 1 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

1)Объясните патогенез сахарного диабета I типа.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Под воздействием этиологических факторов (наследственность, отягощенная по сахарному диабету, аутоиммунные заболевания, вирусная инфекция) происходит деструкция б-клеток островков Лангерганса поджелудочной железы, которые становятся

антигеном. Формируются иммунные комплексы и развивается аутоиммунный инсулит. В конечном итоге развивается абсолютная инсулиновая недостаточность).

Задание 2 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

2)Какие механизмы лежат в основе патогенеза сахарного диабета 2 типа?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Нарушение секреции инсулина и инсулинорезистентность, приводящие к относительной инсулиновой недостаточности.

Задание3 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

3)Гипергликемическая кетоацидотическая (диабетическая) кома. Патогенез.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

Ведущую роль в патогенезе кетоацидоза играет абсолютная инсулиновая недостаточность, проводящая к снижению утилизации глюкозы инсулинзависимыми тканями и, соответственно, гипергликемии и тяжелому энергетическому голоду в них. Энергетический голод в инсулинзависимых тканях приводит к резкому повышению уровня контринсулярных гормонов, стимуляции процессов гликогенолиза, протеолиза и липолиза. Глюконеогенез в сочетании с прямым нарушением утилизации глюкозы тканями в связи с абсолютным дефицитом инсулина является причиной быстро нарастающей гипергликемии, повышения осмолярности плазмы, внутриклеточной дегидратации и осмотического диуреза, что является причиной электролитного дисбаланса, тканевой гипоксии и кетогенеза.

Задание4 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

4)Гипогликемическая кома. Патогенез.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Основное значение в патогенезе гипогликемической комы имеет снижение утилизации глюкозы клетками головного мозга-нейрогликопении. Недостаточное обеспечение головного мозга глюкозой приводит к развитию гипоксии с последующим прогрессирующим нарушением метаболизма углеводов и белков в клетках ЦНС. Раньше всего страдает функция коры головного мозга, затем подкорковые структуры, мозжечок, функции продолговатого мозга)

Задание5 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

5)Болезнь Иценко-Кушинга. Патогенез.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Патогенез определяется нарушением гипоталамо-гипофизарной регуляции деятельности коркового вещества надпочечников. Повышенное образование гипоталамусом кортикотропин-рилизинг-фактора вызывает активацию адренокортикотропной функции передней доли гипофиза, что ведет к гипертрофии и гиперфункции коркового вещества надпочечников, избыточному образованию глюкокортикоидов и андрогенов и развитию вторичного гиперкортицизма.

Задание 6 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

6) Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Что лежит в основе патогенеза заболевания?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Под влиянием этиологических факторов происходит активация иммунной системы → вырабатываются антитела к рецепторам ТТГ щитовидной железы → происходит гиперсекреция Т3 и Т4 → гиперплазия фолликулярной ткани щитовидной железы → снижение синтеза ТТГ в гипофизе по принципу обратной связи.

Задание 7 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

7) Патогенетическая классификация гипотиреоза. Кратко охарактеризуйте каждый из этих видов.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

- Первичный гипотиреоз – развивается вследствие патологии щитовидной железы и недостаточности ее функции.
- Вторичный гипотиреоз – следствие гипофункции гипофиза – гипопитуитаризма, недостатка синтеза ТТГ, уменьшения стимуляции ТТГ функции щитовидной железы и недостаточности синтеза трийодтиронина.
- Третичный (гипоталамический) – следствие патологии гипоталамуса, уменьшение синтеза тиреотропин-рилизинг-гормона.

Задание 8 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

8) Опишите патогенез гипотиреоза.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

При удалении паращитовидных желез вместе с тканью щитовидной железы, при воспалительных процессах и интоксикациях наблюдается их гипофункция. Это приводит к уменьшению всасывания кальция в кишечнике, уменьшению поступления кальция из

костей в кровь и усилению реабсорбции фосфора в почках. Развивается гипокальциемия и гиперфосфатемия, что приводит повышению нервно-мышечной возбудимости и тетаническим судорогам

Задание 9 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

9) Перечислите патогенетические механизмы развития отеков при нефротическом синдроме.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Повреждение клубочков почек → повышение проницаемости базальной мембраны почек → протеинурия (альбуминурия) → снижение уровня альбумина в сыворотке → снижение онкотического давления плазмы → выход жидкости из капилляров, повышение реабсорбции Na → увеличение объема межклеточной жидкости → отеки.

Задание 10 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

10) Какие патогенетические механизмы лежат в основе ИБС.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

В основе ИБС лежат 3 механизма:

1. атеросклеротическое поражение КА и невозможность обеспечения повышенных потребностей (фиксированная коронарная обструкция – стабильная стенокардия)
2. преходящее сосудистое тромбообразование – тромбоцитарные агрегаты (нестабильная стенокардия)
3. снижение коронарного кровотока из-за спазма или повышения тонуса КА (динамическая обструкция)

Задание 11 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

11) Нестабильная стенокардия. Механизм развития.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Разрыв капсулы фиброзной бляшки в коронарной артерии, что приводит к образованию тромба с неполным закрытием просвета сосуда. Пристеночный тромб препятствует адекватному снабжению миокарда, что приводит к появлению болевого синдрома.

Задание 12 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

12)Патогенез острого инфаркта миокарда.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Разрыв бляшки и кровоизлияние в ее основание→образование тромба, окклюзия просвета, спазм, дистальная эмболия→ишемия→стрессорное повреждение миокарда→некроз

Задание13Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

13)Перечислите основные механизмы регуляции артериального давления.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

-Механизм быстрого реагирования (нейрогенные, краткосрочные) – барорецепторный рефлекс, хеморецепторный рефлекс

-Медленного реагирования (среднесрочные) – ренин-ангиотензин-альдостероновая система, рефлексы с рецепторов низкого давления.

-Сверхмедленные (долгосрочные) – почечный функциональный механизм

Задание14Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

14)Механизм повышения АД при феохромоцитоме.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Повышение секреции катехоламинов (адреналин, норадреналин)→стимуляция α-рецепторов, оказывающих сосудосуживающий эффект→увеличение ОПСС, ОЦК, СВ→артериальная гипертензия

Задание15Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

15)Патогенез вазоренальной артериальной гипертензии.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Причинами нарушения кровоснабжения почек в подавляющем большинстве случаев являются: атеросклеротический процесс (75–80%), фибромышечная дисплазия - ФМД (15%), неспецифический аортоартериит (8–10%). Эти факторы приводят к развитию гемодинамически значимого стеноза почечных артерий и гипоперфузии почечных клубочков, что способствует активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и росту АД. Длительно прогрессирующая гипоксия (следствие постоянной вазоконстрикции) оказывает фиброгенное действие на ткань почек. Фиброз почечной ткани сопровождается уменьшением массы функционирующих нефронов, приводя к почечной недостаточности. Разрушение почечной паренхимы за счет интерстициального

фиброза может становиться и результатом повторных эмболий в клубочки из атеросклеротической бляшки, которая стенозирует почечную артерию.

Задание 16 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

16) Опишите патогенез ревматоидного артрита.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

В основе ревматоидного артрита лежат иммуновоспалительные реакции. Образующиеся иммунные комплексы вызывают активацию системы свертывания крови, индуцируя выработку цитокинов (интерлейкинов, фактора некроза опухоли), активируют компоненты комплемента, обладающие способностью повреждать клетки и вызывать иммуновоспалительный процесс в тканях суставов и внутренних органов.

Задание 17 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

17. Объясните патогенез острого артрита при подагре.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

Под воздействием этиологических факторов, повышается мочевой кислоты (гиперурикемия). Кристаллы моноурата натрия, выпадают в синовиальную жидкость и близлежащих тканях, выступают в качестве триггера острого подагрического артрита, запуская каскад иммунных реакций. Исходно происходит фагоцитоз кристаллов, в клетках повышается концентрация натрия, вследствие этого происходит компенсаторный приток воды в цитоплазму и набухание клеток, синтезируется широкий спектр провоспалительных цитокинов, хемокинов (прежде всего интерлейкина-1 (ИЛ-1), а также ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18, фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) и др.). Их продукция способствует развитию острой массивной воспалительной реакции, вазодилатации, быстрой миграции к месту воспаления иммунных клеток, преимущественно нейтрофилов. Клинически это проявляется острым приступом артрита.

Задание 18 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

18. Абдоминальный болевой синдром. Классификация по механизмам возникновения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

- *Висцеральная боль* - возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах, проводится симпатическими волокнами, как правило, бывает диффузной, плохо локализованной.

- *Париетальная (соматическая) боль* - боль, возникающая при вовлечении в патологический процесс брюшины, брюшной стенки, носит острый характер, четко локализована (4 квадранта живота), сопровождается напряжением мышц брюшной стенки, усиливается при изменении положения тела, кашле.

- *Отраженная (иррадиирующая) боль* - возникает при чрезмерной интенсивности импульса висцеральной боли (например, прохождение камня) или анатомическом повреждении органа (например, ущемление кишки), передается на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости. Так, при повышении давления в кишечнике возникает висцеральная боль, которая затем иррадиирует в спину, при билиарной колике — в спину, правую лопатку и плечо.

- *Психогенная боль* - возникает при отсутствии висцеральной или соматической причин, или же последние играют роль пускового или предрасполагающего фактора. Особое место в ее возникновении принадлежит депрессии.

Задание 19 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

19. Гипертонический криз. Механизмы его формирования.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Сосудистый - развивается при возрастании ОПСС на фоне повышения вазомоторного (нейрогуморальные влияния) и базального (при задержке натрия) тонуса артериол. *Кардиальный* механизм обусловлен увеличением сердечного выброса, а также увеличением объема кровотока при повышении ЧСС, увеличением объема циркулирующей крови, сократимости миокарда, а также увеличением наполнения камер сердца.

Задание 20 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

20. Объясните патогенез гипертензии при гипертиреозе.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Избыточное выделение гормонов щитовидной железы приводит к увеличению обмена веществ в сердце, активации симпато-адреналовой системы. Эти факторы вызывают увеличение частоты сердечных сокращений, что ведет к повышению минутного объема кровотока, что соответственно приводит к гипертензии. Также активация симпато-адреналовой системы приводит к ангиоспазму, что способствует увеличению ОПС, что также приводит к гипертензии.

Задание 21 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

21. Абдоминальный болевой синдром при желчнокаменной болезни: патогенез желчной колики.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

В основе патогенеза желчной колики лежит миграция камней в область шейки желчного пузыря, пузырный проток или холедох, с развитием обструкции, рефлекторного спазма, а также дискинезии, вследствие повышения внутрипросветного давления.

Задание 22 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

22. Тромбоэмболия легочной артерии. Патогенез развития болевого синдрома.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): (минимум, который должен быть в ответе студента)

Обтурация легочной артерии массивным тромбом или эмболом вызывает каскад патологических рефлекторных реакций:

1. Генерализованный артериолоспазм в малом круге кровообращения и коллапс сосудов большого круга.
2. Генерализованный артериолоспазм сопровождается тотальным бронхиолоспазмом, что вызывает развитие ОДН.
3. Быстро формируется правожелудочковая недостаточность, возникающая в результате работы правого желудочка против высокого сопротивления в малом круге.
4. Формируется малый выброс левого желудочка в связи с катастрофическим уменьшением поступления в него крови из легких. Падение ударного объема левого желудочка вызывает развитие рефлекторного артериолоспазма в системе микроциркуляции и нарушение кровоснабжения самого сердца, что может спровоцировать появление фатальных нарушений ритма или развитие ОИМ.
5. Массивное поступление из мест ишемии в кровоток большого количества биологически активных веществ: гистамина, серотонина, некоторых простагландинов повышает проницаемость клеточных мембран и способствует возникновению интероцептивных болей.

Задание 23 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

23. Осложнение острого инфаркта миокарда: кардиогенный шок - патогенез.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Вызванное инфарктом повреждение миокарда приводит к систолической дисфункции, результатом которой становится выраженное снижение сердечного выброса с развитием тяжелой гипоперфузии тканей и органов, приводящей к гипоксии и полиорганной недостаточности (ПОН).

Задание 24 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

24. Абдоминальный болевой синдром при остром панкреатите: патогенез.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Основу патогенеза ОП составляют процессы местного и системного воздействия панкреатических ферментов, биологически активных веществ и цитокинов различной природы. Этиологический фактор, а чаще их комбинация, приводит к возникновению внутрипротоковой гипертензии и/или повреждению панкреатического ацинуса, запускающих каскад патофизиологических процессов, в результате чего происходит трансформация проэнзима трипсиногена в трипсин, преждевременная активация панкреатических ферментов и аутокаталитическое переваривание ПЖ.

Задание 25 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

25. Опишите патогенез перикардитов.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Непосредственное токсическое действие на перикард (метаболическое, лучевое поражение) → гематогенное или лимфогенное распространение инфекции → непосредственное воздействие патологического процесса на перикард (опухоли, острый ИМ) → аллергический механизм (аутоиммунизация, иммунокомплексный механизм повреждения миокарда, ГНТ) → иммунное воспаление по механизму ГЗТ (при аллергических и системных заболеваниях соединительной ткани) → клинические проявления.

Задание 26 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

26. Язвенная болезнь желудка: патогенез

Колонизация слизистой желудка *Helicobacter pylori* → усиление факторов агрессии (увеличение продукции соляной кислоты и пепсина) и ослабление факторов защиты (снижение продукции качественного состава слизи, снижение содержания простагландинов в стенке желудка) → повреждение стенки желудка → язва.

Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

27. Язвенная болезнь желудка. Основные причины болевого синдрома.

Эталон ответа

Основные причины развития болевого синдрома при язве является раздражение болевых барорецепторов, возникающее при повышении внутриполостного давления и снижении порога их чувствительности на фоне низкого уровня интрагастрального pH. Играет также роль распространение воспаления на окружающие желудок органы (перивисцерит, солярит).

Задание 28 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

28. Экссудативный плеврит. Патогенез.

Эталон ответа

Воспаление сопровождается изменением проницаемости сосудистой стенки и повышением внутрисосудистого давления, происходит снижение барьерной функции висцеральной плевры и резорбирующей функции париетальной плевры, что сопровождается повышенным накоплением экссудата, который не успевает обратно всасываться капиллярами и лимфатическими сосудами. Инфицирование плеврального выпота может происходить при непосредственном (контактном) переходе инфекции из прилежащих очагов, лимфогенным или гематогенным путем, в результате прямого инфицирования плевры при нарушении ее целостности. Прогрессирующее накопление жидкости между плевральными листками вызывает сдавление легкого и уменьшение его воздушности. При скоплении больших объемов жидкости средостение смещается в здоровую сторону, что сопровождается дыхательными и гемодинамическими расстройствами

Задание 29 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

29. Гипопаратиреоз. Патогенез заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Гипофункция паращитовидных желез (при их удалении с тканью щитовидной железы, при воспалительных процессах и интоксикациях) → снижение уровня паратгормона в организме → уменьшается поступление кальция из костей в кровь, усиливается реабсорбция фосфора в почках → развивается гипокальциемия и гиперфосфатемия → повышается нервно-мышечная возбудимость → тонические судороги.

Задание 30 Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ

30. Патогенез псориатического артрита.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента)

Основой развития псориатического артрита является активизация клеточного и нарушения гуморального иммунитета у лиц с врожденной предрасположенностью. В воспалительной реакции при псориазе ключевым моментом является экспрессия фактора некроза опухоли- α (ФНО- α).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задание 1 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

1. Больная 44 лет, обратилась с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Больна 4-й месяц. Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом —толстой шеи!). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 110 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопрос: *Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Диффузный токсический зоб. Обоснование: увеличение щитовидной железы, тахикардия, положительные глазные симптомы

Задание 2 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

2. Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту с жалобами на сжимающие боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку длительностью до 5 минут, ощущение нехватки воздуха при физической нагрузке (быстрая ходьба более 500 м, подъем более 2-х пролетов). Ранее за медицинской помощью не обращался, лечения не получал. Курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопрос: *Сформулируйте предположительный диагноз. Назовите главное звено патогенеза данной патологии*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): ИБС. Стенокардия напряжения. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и возможностью его доставки

Задание 5 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

3. Женщина 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на эпизоды повышения АД до 160/100 мм.рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст., на периодически возникающую головную боль, особенно на фоне повышения АД. Из анамнеза жизни известно, что мать 78-ми лет страдает АГ, перенесла ОНМК, отец умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. Ведет малоподвижный образ жизни, не курит, употребление алкоголя отрицает. Общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, чдд-16 в минуту, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС - 68 ударов в минуту, АД – 155/90 мм рт.ст.

Вопрос: *Сформулируйте предположительный диагноз. Назовите основные звенья патогенеза данной патологии.*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Гипертоническая болезнь. В патогенезе гипертонической болезни можно выделить три звена:- центральное - нарушение соотношения процессов возбуждения и торможения центральной нервной системы;- гуморальное – активация симпатической и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем;- вазомоторное – увеличение сердечного выброса и общего периферического сопротивления.

Задание 4 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос

4. У больной 28 лет сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели нарушился режим питания из-за работы. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,8-3,5 ммоль/л. Данные явления купировала самостоятельно приёмом пищи, содержащей много углеводов.

Вопрос: *Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте причину гипогликемических состояний*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Сахарный диабет 1 тип. Целевой уровень HbA1c < 6,5%. Гипогликемические состояния. Основная причина - избыток инсулина в организме по отношению к поступлению углеводов с пищей (нарушился режим питания), а также при ускоренной утилизации углеводов (мышечная работа)

Задание 5 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

5. У больной 43 лет, сразу после проведённой тиреоидэктомии по поводу многоузлового зоба, появились болезненные судороги мимической и жевательной мускулатуры, мышц-сгибателей верхних и нижних конечностей, ощущение «ползания мурашек» по телу.

Вопрос: *Сформулируйте предположительный диагноз. Назовите основные звенья патогенеза данной патологии.*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Послеоперационный гипопаратиреоз. Недостаточность паратгормона приводит к снижению уровня кальция в крови, обусловленного уменьшением всасывания кальция в кишечнике, его мобилизации из костей и недостаточным обратным всасыванием в почках. Кроме того, в крови повышается содержание фосфора. Это происходит из-за снижения выведения его через почки под действием паратгормона

Задание 6 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

6. Больная 33 лет, жалуется на периодические приступы головной боли, сопровождающиеся сердцебиением, потливостью, тремором, страхом смерти. Чаше приступы возникают при физическом напряжении, стирке белья, мытье полов. Во время приступа регистрируются повышения артериального давления до 220/110 мм. рт. ст. Болеет около года. В начале приступы беспокоили изредка (1-2 раза в месяц), в последнее время участились до 1 раза в 1-2 дня. За время заболевания похудела на 5 кг. В объективном статусе отклонений от нормы не выявлено. АД вне приступа 120/80 мм. рт. ст.

Вопрос: Поставьте предварительный диагноз и объясните механизм повышения давления.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Феохромоцитома. Гиперпродукция катехоламинов повышает АД за счет возрастания сердечного выброса и увеличения сосудистого сопротивления

Задание 7 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

7. Больная 26 лет поступила в клинику с жалобами на боль в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставах, припухлость этих суставов, ограничение движений в них. По утрам отмечает скованность в пораженных суставах до 12 часов дня. Заболевание возникло 7 месяцев назад после ангины. При осмотре: деформация пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение подвижности, снижение силы сжатия кистей. Пульс ритмичный (84 уд./мин), АД — 120/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности. В легких и органах брюшной полости изменений не выявлено. ОАК: СОЭ — 36 мм/ч, СРБ +++,

Вопрос: Сформулируйте диагноз. Какой механизм лежит в основе данного заболевания?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Ревматоидный артрит. В основе заболевания аутоиммунный процесс. Ревматоидный артрит приводит к тому, что иммунные клетки атакуют здоровую синовиальную оболочку. Развивается субсиновиальный отёк, в синовиальной оболочке скапливаются лимфоциты, полиморфно-ядерные лейкоциты, моноциты и плазматические клетки.

Задание 8 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

8. Больной 47 лет при осмотре – повышенного питания (рост 174см, масса 108 кг.) Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы в крови натощак в пределах 7,8-10,6 ммоль/л. В течение 8 лет артериальная гипертензия. В настоящее время АД 140/90, 130/85 (принимает эналаприл.). Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено

Вопрос: Сформулируйте диагноз. Какой механизм лежит в основе данного заболевания?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Сахарный диабет 2 типа. В основе сахарного диабета второго типа лежит нарушение метаболизма углеводов вследствие повышения резистентности клеток к инсулину (инсулинорезистентности). Снижается способность тканей принимать и утилизировать глюкозу, развивается состояние гипергликемии – повышенного уровня сахара плазмы, активизируются альтернативные способы получения энергии из свободных жирных кислот и аминокислот.

Задание 9 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

9. Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. В анамнезе частые ангины. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст.

Вопрос: *Сформулируйте диагноз. Какой механизм лежит в основе данного заболевания?*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Диффузный токсический зоб 2 степени, манифестный тиреотоксикоз. Нарушение клеточного иммунитета → дефицит Т-супрессоров → синтез антител к элементам щитовидной железы. Нарушение гуморального иммунитета → относительное увеличение Т-хелперов и Т-киллеров → стимуляция тиреоидстимулирующими антителами рецепторов ТТГ

Задание 10 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

10. Больной 48 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Из анамнеза жизни известно отец больного умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопрос: *Сформулируйте предположительный диагноз. Какой механизм лежит в основе данной патологии?*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): ИБС: Стенокардия напряжения. В основе ИБС лежит острое или хроническое поражение сердечной мышцы, обусловленное несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой вследствие уменьшения или полного прекращения кровоснабжения в результате патологических процессов в коронарных артериях.

Задание 11 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

11. Больная 38 лет с ДТЗ (диффузный токсический зоб) предъявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм (больше справа), инъектированность склер.

Вопрос: *Сформулируйте предположительный диагноз и его осложнение. Какой механизм лежит в основе данной патологии?*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз тяжелое течение. Эндокринная офтальмопатия. Т-лимфоциты и макрофаги продуцируют цитокины, которые взаимодействуют с ретробульбарными фибробластами и интерстициальными клетками прямых мышц глаза, что ведет к повышенной секреции ГАГ-отек, набухание мышц, увеличение ретробульбарной ткани.)

Задание 12 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

12. Пациентка Н. 28 лет в течение трех лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолона утром, 2,5 мг в 16.00, Флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью. Объективно: состояние тяжелое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.

Вопрос: *Сформулируйте предположительный диагноз. Какой механизм лежит в основе данной осложнения?*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Острая надпочечниковая недостаточность 2. У пациентки в анамнезе - хроническая надпочечниковая недостаточность, но на фоне присоединения инфекции данное заболевание требует повышения дозировки заместительной терапии, чего пациентка не сделала.)

Задание 13 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

13. Больная, 18 лет, жалуется на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание (суточный диурез около 6 л), значительное снижение массы тела и снижение работоспособности. Заболевание развилось в течение трех месяцев после перенесённого гриппа. Объективно: рост 172 см, вес 58 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины - поверхностная пиодермия. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны звучные. Пульс 88 в минуту, ритмичный. АД 110/80 мм.рт.ст. Определяется кровоточивость дёсен. Край печени выступает из - под края рёберной дуги на 3 см, болезненный при пальпации.

Вопрос: Сформулируйте предположительный диагноз. Какой механизм лежит в основе данной осложнения?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): СД 1 развивается при наличии генетической предрасположенности, для реализации которой необходимы факторы внешней среды, выступающие в роли триггера аутоиммунного поражения β -клеток поджелудочной железы. Триггерами могут являться как инфекционные факторы. СД 1 типа клинически проявляется при разрушении аутоиммунным процессом более чем 80% β -клеток. Невозможность поступления глюкозы в инсулинозависимые ткани (жировая и мышечная) вследствие абсолютного дефицита инсулина приводит к энергетической недостаточности, в результате чего интенсифицируется липолиз и протеолиз, с которыми и связана потеря массы тела. Повышение уровня гликемии вызывает гиперосмолярность, что сопровождается осмотическим диурезом и выраженным обезвоживанием.

Задание 14 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

14. Мужчина, 20 лет, беспокоит жажда, полиурия, похудание. Заболел остро две недели тому назад. Уровень глюкозы в крови натощак - 19 ммоль/л, глюкозурия - 3%, ацетон (++) (+). Состояние больного средней степени тяжести. Запах ацетона изо рта. Кожные покровы сухие на ощупь, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце - тоны ясные, тахикардия до 115 уд. в минуту. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Вопрос: Сформулируйте предположительный диагноз. Какой механизм лежит в основе данной осложнения?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): СД 1 развивается при наличии генетической предрасположенности, для реализации которой необходимы факторы внешней среды, выступающие в роли триггера аутоиммунного поражения β -клеток поджелудочной железы. Триггерами могут являться как инфекционные факторы. СД 1 типа клинически проявляется при разрушении аутоиммунным процессом более чем 80% β -клеток. Невозможность поступления глюкозы в инсулинозависимые ткани (жировая и мышечная) вследствие абсолютного дефицита инсулина приводит к энергетической недостаточности, в результате чего интенсифицируется липолиз и протеолиз, с которыми и связана потеря массы тела. Повышение уровня гликемии вызывает гиперосмолярность, что сопровождается осмотическим диурезом и выраженным обезвоживанием.

Задание 15 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

15. У больной Р., 42 лет, отмечаются упорные головные боли, общая слабость, мышечная слабость, ощущение ползания мурашек, полиурия, никтурия. Относительная плотность мочи 1001-1002. АД 230/120 мм рт. ст. В крови снижено содержание калия. При ультразвуковом исследовании обнаружена опухоль правого надпочечника.

Вопрос: Назовите форму артериальной гипертензии. Какой гормон продуцирует опухоль? Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия. Опухоль продуцирует альдостерон. Избыток альдостерона повышает АД по 2 механизмам, Почечный механизм обеспечивает реабсорбцию избытка ионов натрия, следовательно, повышение осмотического давления крови, возбуждение осморецепторов сосудов и, следовательно, секрецию гипофизом АДГ, эффектом которого является реабсорбция воды. Усиленная реабсорбция воды ведет к увеличению ОЦК и МОС – факторов, непосредственно формирующих АД. Внепочечный механизм: гиперпродукция альдостерона ведет к усилению транспорта ионов натрия через мембраны клеток, в том числе гладкомышечных клеток стенок сосудов. Это, в свою очередь, ведет к набуханию клеток, уменьшению просвета сосудов, повышению их тонуса и чувствительности к вазоконстрикторам (катехоламинам, вазопрессину, ангиотензину II и др.). Гипокалиемия и связанные с ней симптомы (мышечная слабость, парестезии) позволяют исключить вероятность продуцирования опухолью глюкокортикоидов или катехоламинов.)

Задание 16 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

16. Больной 63 лет, страдающий бронхиальной астмой, на протяжении нескольких лет принимал препараты глюкокортикоидов. В течение этих лет постепенно увеличивалась масса тела, развился сахарный диабет и артериальная гипертензия.

Вопрос: Назовите форму артериальной гипертензии. Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Вторичная (симптоматическая) эндокринная артериальная гипертензия. Вероятная причина – прием глюкокортикоидов. Механизмы формирования артериальной гипертензии связаны с эффектами этих гормонов. Глюкокортикоиды премиссируют действие эндогенных катехоламинов (повышают чувствительность стенок сосудов к катехоламинам), стимулируют синтез ангиотензиногена и серотонина, обладающих прессорными эффектами, обладают минералокортикоидным действием (действуют подобно альдостерону).

Задание 17 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

17. Больной 52 года обратился к врачу поликлиники по месту жительства с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникали ранее при подъеме по лестнице (2-3 пролета), при стрессовых ситуациях , проходили в покое. Курит по 2 пачки в день, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное ЧДД 18 в мин, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -

155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопрос: *Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): ИБС. Нестабильная стенокардия. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.

Задание 18 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

18. Больная 53 года 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлена в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, эмоционального перенапряжения отмечает в течение последнего года. Эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 3 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (8,2 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности). Кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 160/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 115 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Вопрос: *Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.*

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): ИБС: нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.

Задание 19 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

19. Больная 48 лет поступила в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением "мушек" перед глазами. Головные боли бывали раннее, чаще в утренние часы либо после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращалась. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, ЧДД 22 в мин, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 88 в 1 мин. АД - на пр. руке - 200/100 мм рт. ст., на левой - 210/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. ЧСС - 88 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Гипертоническая болезнь. В патогенезе гипертонической болезни 3 звена: Центральное: нарушение соотношения процессов возбуждения и торможения центральной нервной системы. Гуморальное- активация симпатической системы, РААС (ренин-ангиотензиальдестероновой системы), вазомоторное – тоническое сокращение артерий и склонностью к спазму и ишемии органов

Задание 20 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

20. Больная 39 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 85 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД на обеих руках - 160/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны сердца на верхушке приглушены. 2 тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости - без патологических изменений.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Гипертоническая болезнь.

В патогенезе гипертонической болезни 3 звена: Центральное: нарушение соотношения процессов возбуждения и торможения центральной нервной системы. Гуморальное- Гуморальное- активация симпатической системы, РААС (ренин-ангиотензиальдестероновой системы), вазомоторное – тоническое сокращение артерий и склонностью к спазму и ишемии органов.

Задание 21 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

21. У роженицы 30 лет, работает продавцом, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеря сознания.

Объективно: общее состояние крайне тяжелое, сознание отсутствует, отмечается синеватый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 48 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные

сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД - 85/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Тромбоэмболия легочной артерии. Механическая обтурация общего ствола легочной артерии массивным тромбом или эмболом вызывает каскад патологических рефлекторных реакций:

Задание 22 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос. 22. Женщина В., 34 лет, жалуется на периодически возникающие острые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, связанные с приемом жирной пищи, зуд кожи, чувство тошноты по утрам. Болея около 14 лет, последний год состояние ухудшилось, на фоне постоянных тупых болей в правом подреберье иногда появляются острые. 2 дня назад появились рвота желчью, горечь во рту, острая боль в правом подреберье, купировавшаяся приемом внутрь 3 таблеток но-шпы и баралгином. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы грязножелтого цвета, следы расчесов на руках, животе, сухость кожи и шелушение на лице. Иктеричность склер. Язык обложен серого цвета налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень не увеличена, край ее ровный, мягкий, закругленный, безболезненный. Симптомы Мюсси, Ортнера, Мерфи, Кера – положительные. Стул оформленный, склонность к запорам, диурез не нарушен, моча темного цвета. Дополнительные методы исследования. ОАК: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – $9,5 \times 10^9 /л$, СОЭ – 15 мм/час. ОАМ: темножелтая, прозрачная, кислая, уд.вес 1022, белок-отр., лейкоциты 1-2 в поле зрения, желчные пигменты ++. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, общий билирубин – 88 мкмоль/л, билирубин связанный – 68,0 мкмоль/л, свободный – 20,0 мкмоль/л, АЛТ – 120 ед/л, АСТ – 89 ед/л, щелочная фосфатаза – 175 ед/л. УЗИ ОБП: желчный пузырь увеличен 12 x 70 6 см, утолщение стенок, конкременты различных размеров, камень в желчном протоке. ЭРХПГ: камни в умеренно расширенном общем желчном пузыре.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Объясните механизм абдоминальной боли.

Эталон ответа: Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения. Механизм развития боли обоснован спастическим сокращением гладкой мускулатуры стенки желчного пузыря при любом затруднении его опорожнения и развитием воспалительного процесса.

Задание 23 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

23. Больной 19 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на изменение цвета мочи. Около 10 дней назад перенес ОРВИ, катаральные явления, повышение температуры тела до 38,5 С. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи - стала красноватая. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании - общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,18 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - много в поле зрения

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма. Поступлении из крови иммунных комплексов, состоящих из белковых пар антитело-антиген, после чего эти белки оседают на внутренних поверхностях клубочковых микрососудов, вызывая их непроходимость. В результате клетки перестают получать питание и гибнут, развивается воспалительный процесс иммунного генеза.

Задание 24 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

24. У больного 30 лет, через 3 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. Госпитализирован по скорой помощи. При поступлении в приемном отделении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $8,3 \times 10^9/л$, СОЭ - 20 мм/час.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Острый нефритический синдром. Гломерулонефрит развивается под действием бактериальных и токсических факторов, однако патогенез заболевания до конца не изучен. Выделяют три основных механизма развития болезни: иммунный, гемодинамический и метаболический. Наиболее изучен иммунный: поступлении из крови иммунных комплексов, состоящих из белковых пар антитело-антиген, после чего эти белки оседают на внутренних поверхностях клубочковых микрососудов, вызывая их непроходимость. В результате клетки перестают получать питание и гибнут, развивается воспалительный процесс иммунного генеза.

25. Больной А. 45 лет, поступил в отделение с жалобами на кровотечение из заднего прохода, боли в верхней половине живота, правом подреберье, усиливающиеся после еды, слабость. Из анамнеза известно, что больной страдает хроническим алкоголизмом. Последние 2 года появились геморроидальные кровотечения, вздутие живота, частые поносы. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, на коже живота «красные капельки», вены передней брюшной стенки не расширены. Пальмарная эритема. ЧД – 19 в минуту. АД – 100/70 мм рт.ст. Язык обложен серого цвета налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии, правом подреберье, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, болезненная при пальпации. Стул – поносы чередуются с запорами, мочеиспускание не учащено, не болезненно.

Дополнительные методы исследования. ОАК: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 80 г/л, лейкоциты – $5,8 \times 10^9/л$, тромбоциты – $130 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 18 мм/час. ОАМ : желтая, прозрачная, кислая, уд. вес 1020, белок 0,06%, гиалиновые цилиндры 1-0-1 в поле зрения, эритроциты 0-0-1- в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л, непрямой – 20,0 мкмоль/л, прямой – 16,0 мкмоль/л; АЛТ – 85 ед/л, АСТ – 60 ед/л. ФГДС: визуализируются расширенные вены в нижней и средней трети пищевода, $d=5$ мм, слизистая желудка гиперемирована, вены кардиального отдела умеренно расширены до 1-2 мм, большое количество слизи.

Вопросы: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Объясните механизм абдоминальной боли.

Цирроз печени, осложненный портальной гипертензией, варикозно расширенными венами пищевода и прямой кишки. Появление болей обусловлено заинтересованностью глиссоновой капсулы и брюшины, покрывающих печень. Они ощущаются в случае перигепатита (воспаление брюшинного покрова), гепатомегалии – увеличении органа и натяжении стенок капсулы. Чем больше будет растяжение стенок, тем интенсивнее будут болезненные ощущения в правом подреберье.

Задание 26 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

26. Больная 65 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, НПВС. Около 1,5 лет назад впервые выявлена протеинурия - 1,6 г/л. В настоящее время появились отеки голеней и стоп. В связи с ухудшением общего самочувствия обратилась к терапевту по месту жительства. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 105/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Лабораторные данные: Нв - 135 г/л, СОЭ - 70 мм/час, тромбоциты - $472 \times 10^9/л$, общий белок - 40 г/л, альбумины - 18 г/л, креатинин - 128 мкмоль/л, суточная протеинурия - 7,3 г.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Нефротический синдром. Ревматоидный артрит. Структурные изменения клубочкового фильтра - потеря отрицательного заряда клубочковой капиллярной мембраны, связанного с отрицательно заряженным гепарансульфатом, фенестрация эндотелия. Отложение депозитов приводит к потере отрицательного заряда клубочковой базальной мембраны (субэпителиальные депозиты). Нарушение функции гломерулярного барьера, повышение проницаемости для белков. Массивная протеинурия приводит к гипоальбуминемии, гипопроteinемии, отекам.

Задание 27 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

27. Больной А. 40 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на резкое ухудшение самочувствия. Вечером накануне поднялась температура тела до 39-40*С, появился сухой и болезненный кашель, выраженная одышка, общая слабость, головная боль. Вскоре присоединилась боль в грудной клетке слева. Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 39 С. При обследовании системы органов дыхания отмечается отставание в дыхании правой стороны грудной клетки; Одышка в покое с ЧД - 24 в 1 мин. Над пораженным участком легкого определяется укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, выслушивается жесткое дыхание. На высоте вдоха определяется крепитация. Голосовое дрожание и бронхофония несколько усилены. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 99 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Острая правосторонняя нижнедолевая крупозная пневмония. Инфекционные возбудители пневмонии проникают в легкие путем микроаспирации. В альвеолах происходит образование экссудата, препятствующего газообмену кислорода между легочной тканью и кровеносными сосудами. Развиваются кислородная и дыхательная недостаточность.

Задание 28 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

28. Больная С., 52 года, водитель троллейбуса. Обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Считает себя больной около полугода, Курит по 2 пачки в день около 20 лет. Страдает гипертонической болезнью. Отец умер от инфаркта миокарда в 50 лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Незначительное расширение границ сердца влево. На верхушке сердца ослабление 1 тона, над аортой - акцент 2 тона. АД - 170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 85 в минуту, несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей. ЭКГ в покое без особенностей.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): ИБС - стабильная стенокардия напряжения. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.

Задание 29 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

29. Больной 45 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на сжимающие боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся- таблетками нитроглицерина, одышку при ходьбе. Страдает болями в сердце около 5 лет. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал по одной таблетке 2 раза в день. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 36,6°C, пульс - 95 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧДД 20 в мин. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): ИБС- стенокардия напряжения прогрессирующая. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.

Задание 30 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

30. Больной 75 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку в покое преимущественно инспираторного характера, отеки ног, ноющие боли в области сердца, сердцебиение и перебои в сердце, тяжесть и ноющие боли в правом подреберье. Амбулаторно проводил лечение мочегонными, сердечными гликозидами, состояние прогрессивно ухудшалось, в связи с чем госпитализирован в стационар. Объективно: общее состояние тяжелое. Ортопное. Одышка в покое с ЧД 26 в 1 мин. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Акроцианоз, слабый диффузный цианоз лица. Отмечается набухание и пульсация шейных вен. Выраженные отеки стоп и голеней.

Грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук притуплен в нижних отделах легких. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца на верхушке приглушены, 2 тон акцентирован на легочной артерии. Патологический 3 тон на верхушке, здесь же мягкий систолический шум. Пульс - 100 в 1 мин., аритмичный за счет частых (до 10 в 1 мин.) экстрасистол, пониженного наполнения и напряжения. АД - 90/70 мм рт ст Живот мягкий, умеренно болезнен в правом

подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, край закруглен.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Застойная сердечная недостаточность. Ведущим звеном патогенеза СН в настоящее время считается активация важнейших нейрогуморальных систем организма - ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпатико-адреналовой (САС) - на фоне снижения сердечного выброса. В результате происходит образование биологически активного вещества - ангиотензина II, который является мощным вазоконстриктором, стимулирует выброс альдостерона, повышает активность САС (стимулирует выброс норадреналина). Норадреналин, в свою очередь, может активировать РААС (стимулирует синтез ренина).

Задание 31 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

31. Больная 46 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, тремор рук, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание на 5 кг за последние 3 месяца. Заболевание связывает со стрессом на работе. Больна 3-й месяц.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. температура 37,4 С. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в мин, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 110 ударов в мин. АД 145/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Диффузный токсический зоб.(Болезнь Грейвса). Диф. диагноз: Тиреотоксический криз, фибрилляция предсердий, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи. Патогенез БГ связан с врожденным дефектом специфических Т-лимфоцитов супрессоров. Вследствие срыва иммунологической толерантности происходит активация В-лимфоцитов, продуцирующих тиреостимулирующие иммуноглобулины - антитела к рецепторам тиреотропного гормона (РТТГ)

Задание 32 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

32. Пациентка 48 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Считает себя больной в течение 3-х лет, лечилась «народными методами», без видимого улучшения. Объективно: температура 35,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отекающие, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 50 в мин., АД 105/70 мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Гипотиреоз. Дефицит Т3 и Т4-снижение основного обмена, уменьшение потребления кислорода тканями, замедление утилизации энергетических субстратов, торможение работы клеточных ферментов, мукоидное набухание соединительнотканых структур.

Задание 33 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

33. Больная 19 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание, выраженную общую слабость. Считает себя больной около 2-х мес. Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные, приглушены ЧСС 68 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. В ОАМ выявлена глюкозурия, кетоновые тела.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Сахарный диабет типа 1. Основная причина -дефицит инсулина в организме по отношению к поступлению углеводов, а также при ускоренной утилизации углеводов (мышечная работа))

Задание 34 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

34. Больной 64 года, пенсионер, доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение часа, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на придомовом участке. В анамнезе - в течение 3-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-

5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 99 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 95/70 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. На ЭКГ-подъем сегмента ST в II,III,AVF

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолы. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.

Задание 35 Инструкция: ознакомьтесь с условием ситуационной задачи и ответьте на вопрос.

35. Больная 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, нерегулярные месячные. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 12 кг за период болезни. Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост 162 см, вес 90 кг). Кожа бледная, сухая, на голених выражено шелушение кожи. Имеется отечность лица, ног. Щитовидная железа не пальпируется. В области шеи имеется послеоперационный рубец. Голос грубый. Больная медлительная. Тоны сердца приглушены, сокращения ритмичные. Пульс 56 в минуту. АД - 100\60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком. Язык утолщен, по краям - следы зубов. Живот несколько вздут, запоры. Т3свободный и Т4свободный уровни снижены, уровень ТТГ - превышает нормальное значение в 5 раз.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Послеоперационный гипотиреоз. Дефицит Т3 и Т4-снижение основного обмена, уменьшение потребления кислорода тканями, замедление утилизации энергетических субстратов, торможение работы клеточных ферментов, мукоидное набухание соединительнотканых структур.

ОПК-7

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какие виды лечения гиперкортицизма существуют?

1. Хирургическое
2. Медикаментозное
3. Радиотерапия
4. Все вышеперечисленное

Эталон ответа 4. Все вышеперечисленное.

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какие группы препаратов применяют при лечении гиперкортицизма?

1. Блокаторы стероидогенеза
2. Антибактериальные препараты
3. Препараты сульфонилмочевины
4. Антагонисты кальция

Эталон ответа: 1. Блокаторы стероидогенеза.

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какая группа препаратов применяется при лечении гипергликемии?

1. Ненаркотические анальгетики
2. Ингибиторы ДПП-4
3. Бета-блокаторы
4. Препараты тестостерона

Эталон ответа 2. Ингибиторы ДПП-4.

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какой препарат назначается для лечения сахарного диабета 2 типа?

1. Атенолол
2. Верапамил
3. Гидрокортизон
4. Метформин

Эталон ответа: 4. Метформин.

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какой предпочтительный метод лечения гипогликемии вне стационара?

1. Немедикаментозный
2. Медикаментозный
3. Нет такого метода лечения
4. Механический

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): 1. Немедикаментозный.

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При тяжелой гипогликемии лечение начинают с внутривенного введения:

1. Раствора глюкозы 5%
2. Раствора натрия хлорида 0.9%
3. Раствора глюкозы 40%

4. Препаратов магния

Эталон ответа 3. Раствора глюкозы 40%.

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Левотироксин натрия используется для лечения:

1. Гипотиреоза
2. Артериальной гипертензии
3. Сахарного диабета 1 типа
4. Надпочечниковой недостаточности

Эталон ответа: 1. Гипотиреоза.

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К тиреостатикам относится:

1. Пропилтиоурацил
2. Гидрохлортиазид
3. Бисопролол
4. Дапаглифлозин

Эталон ответа: 1. Пропилтиоурацил.

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При гипопаратиреозе назначается следующая группа препаратов:

1. Препараты калия
2. Препараты кальция
3. Антиаритмические препараты
4. Антигистаминные препараты

Эталон ответа : 2. Препараты кальция.

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для купирования острого приступа гипопаратиреоза применяется:

1. 40% раствор глюкозы
2. 0.9% раствор натрия хлорида
3. 10% раствор кальция хлорида
4. 5% раствор калия хлорида

Эталон ответа : 3. 10% раствор кальция хлорида.

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какие существуют опросники для оценки пищевого поведения?

1. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ)
2. Американский тест Р. Уильямса
3. Анкета расстройств пищевого поведения

4. Таких опросников не существует

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): 1. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ)

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Группа препаратов, применяемая при лечении отечного синдрома при гипертонической болезни:

1. Бигуаниды
2. Диуретики
3. Препараты магния
4. Антиоксиданты

Эталон ответа: 2. Диуретики.

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для контроля эффективности диуретиков у больных с отеочно-асцитическим синдромом наибольшее значение имеет оценка:

1. Расчета индекса массы тела
2. Уровня креатинина в сыворотке крови
3. Уровня натрия и калия в сыворотке крови
4. Суточного диуреза

Эталон ответа: 4. Суточного диуреза.

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При наличии у пациента стенокардии боли в грудной клетке купируются:

1. Приемом антикоагулянтов
2. Приемом ИПП
3. Приемом нитратов
4. Приемом НПВС

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): 3. Приемом нитратов.

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При стабильной стенокардии напряжения ацетилсалициловую кислоту назначают в суточной дозе:

1. 200-300 мг
2. 150-200 мг
3. 20-40 мг
4. 75-100 мг

Эталон ответа : 2. 150-200 мг.

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Группа препаратов, которая применяется при лечении суставного синдрома:

1. Противоопухолевые препараты
2. Антибактериальные препараты
3. Альфа-адреноблокаторы
4. Стимуляторы регенерации тканей

Эталон ответа : 4. Стимуляторы регенерации тканей.

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Препарат, который применяется при лечении артериальной гипертензии у пожилых людей:

1. Лозартан
2. Амлодипин
3. Метопролол
4. Все вышеперечисленное

Эталон ответа: 4. Все вышеперечисленное

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какой немедикаментозный способ лечения используется при гипертонической болезни:

1. Отказ от курения, алкоголя
2. Отказ от физических нагрузок
3. Ведение дневника питания
4. Измерение уровня глюкозы 2 раза в день

Эталон ответа : 1. Отказ от курения, алкоголя.

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Антигипертензивная терапия пожилым назначается при систолическом АД:

1. 140-159 мм.рт.ст.
2. 160-179 мм.рт.ст.
3. Выше 180 мм.рт.ст.
4. 120-139 мм.рт.ст.

Эталон ответа : 1. 140-159 мм.рт.ст.

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Мультидисциплинарный подход к лечению больного с артериальной гипертензией:

1. Может быть рассмотрен
2. Является приоритетным
3. Не рассматривается
4. Применяется только при очень высоком сердечно-сосудистом риске

Эталон ответа : 2. Является приоритетным.

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Цели лечения при абдоминальном болевом синдроме:

1. Восстановление водно-солевого баланса
2. Снижение артериального давления
3. Восстановление функции органов ЖКТ
4. Восстановление уровня гемоглобина

Эталон ответа: 3. Восстановление функции органов ЖКТ.

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гипогликемия у больного сахарным диабетом 2 типа может быть вызвана:

1. Приемом метформина
2. Введением неадекватно больших доз инсулина
3. Приемом эмпаглифлозина
4. Введением неадекватно больших доз глюкагона

Эталон ответа : 2. Введением неадекватно больших доз инсулина.

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Инсулин длительного действия применяют для лечения:

1. Сахарного диабета 2 типа
2. Аутоиммунного тиреоидита
3. Надпочечниковой недостаточности
4. Аденомы гипофиза

Эталон ответа 1. Сахарного диабета 2 типа.

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной метод лечения сахарного диабета 1 типа:

1. Модификация образа жизни
2. Таблетированные препараты
3. Отказ от вредных привычек
4. Инсулинотерапия

Эталон ответа : 4. Инсулинотерапия.

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В диетотерапии больных сахарным диабетом 1 типа учитывают:

1. Количество белка в граммах
2. Количество жира в граммах
3. Хлебные единицы
4. Суточное потребление калорий

Эталон ответа : 3. Хлебные единицы.

Задания открытого типа:

Задание 1. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

Гипергликемия – это _____ уровня глюкозы в крови.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): повышение.

Задание 2. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

Препараты для лечения симптомов гипергликемии называются _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): сахароснижающими.

Задание 3. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

При сахарном диабете 2 типа препаратом выбора среди бигуанидов является _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): метформин.

Задание 4. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

Для лечения гипертонической болезни применяются препараты группы «антагонисты _____».

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): кальция.

Задание 5. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

Наиболее специфический побочный эффект ингибиторов АПФ - _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): сухой кашель.

Задание 6. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

При лечении отеочного синдрома наиболее часто применяемой группой препаратов являются _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): диуретики.

Задание 7. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

При передозировке инъекциями инсулина у больного сахарным диабетом могут наблюдаться эпизоды _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): гипогликемии.

Задание 8. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

Левотироксин натрия – препарат для лечения _____.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): гипотиреоза.

Задание 9. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

Для лечения синдрома _____ применяется препарат Пропилтиоурацил.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): тиреотоксикоза.

Задание 10. Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение.

Бета-блокаторы – группа препаратов, применяемая при лечении _____ болезни.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): гипертонической.

Вопросы для собеседования (Задания с развернутым ответом).

Задание 1. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назовите основные классы антигипертензивных препаратов.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Тиазидные диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II.

Задание 2. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Немедикаментозное лечение артериальной гипертензии.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Ограничение приема поваренной соли до 5 г/сутки, ограничение приема алкоголя, снижение избыточной массы тела, увеличение повседневной физической активности, дозированные аэробные физические нагрузки 4 раза в неделю, отказ от курения.

Задание 3. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назовите группы препаратов для лечения сахарного диабета 2 типа.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): бигуаниды, препараты сульфонилмочевины, ингибиторы дипептидилпептидазы-4, агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, ингибиторы натрийглюкозного ко-транспортера 2 типа, ингибиторы альфа-глюкозидаз, тиазолидиндионы, глиниды, инсулины.

Задание 4. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назовите препараты, относящиеся к группе ингибиторов дипептидилпептидазы-4 для лечения сахарного диабета 2 типа.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): вилдаглиптин, ситаглиптин, линаглиптин, алоглиптин, саксаглиптин, гемиглиптин, эвоглиптин, гозоглиптин.

Задание 5. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назовите препараты, относящиеся к группе ингибиторов натрийглюкозного ко-транспортера 2 типа для лечения сахарного диабета 2 типа.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): эмпаглифлозин, дапаглифлозин, канаглифлозин, ипраглифлозин, эртуглифлозин

Задание 6. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Классификация инсулинов при лечении сахарного диабета 1 типа.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): инсулин сверхбыстрого действия (аспарт, лизпро), инсулин ультракороткого действия (глюлизин, лизпро), инсулин короткого действия (инсулин растворимый человеческий генно-инженерный), инсулин средней продолжительности действия (инсулин-изофан), инсулин длительного действия (гларгин), инсулин сверхдлительного действия (дегludeк), готовые смеси инсулинов ультракороткого/сверхдлительного действия.

Задание 7. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Перечислите виды лечения синдрома гиперкортицизма.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): медикаментозное (блокаторы стероидогенеза, адренолитики, антагонисты рецепторов глюкокортикоидов), хирургическое (транссфеноидальный доступ), радиохирurgia.

Задание 8. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назовите цели лечения синдрома Иценко-Кушинга.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): контроль гиперсекреции глюкокортикоидов, удаление/разрушение опухолевой ткани с сохранением функции гипофиза, восстановление нормальной функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой цепи, исчезновение клинических проявлений хронического избытка глюкокортикоидов.

Задание 9. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Перечислите группы препаратов для лечения суставного синдрома.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды.

Задание 10. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назовите группы препаратов для лечения острого коронарного синдрома.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): нитраты, антиагреганты, статины, диуретики, бета-блокаторы, антикоагулянты, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

Задание 11. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назначьте немедикаментозное лечение при сахарном диабете 2 типа.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): модификация здорового образа жизни: диета с ограничением легкоусваиваемых углеводов, животных жиров, соли (3г/сут), 1600 ккал/сутки, дозированная физическая нагрузка (ходьба 10000 шагов в сутки, плавание, велосипедная езда, йога) не менее 150 минут в неделю, обучение в Школе для пациентов с сахарным диабетом.

Задание 12. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назначьте лечение при расстройстве пищевого поведения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): антидепрессанты, препараты для контроля аппетита, диетотерапия, при анорексии – парентеральное питание.

Задание 13. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Перечислите виды лечения при синдроме тиреотоксикоза.

Эталон ответа(минимум, который должен быть в ответе студента):: хирургическое лечение (удаление узлов щитовидной железы/правой или левой доли/тиреоидэктомия), радиоiodтерапия, тиреостатики (пропилтиоурацил, тиамазол), при необходимости бета-блокаторы.

Задание 14. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назначьте лечение при ожирении.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): препараты группы бигуанидов (метформин), гипокалорийная диета с расчетом калорийности рациона, дозированная физическая нагрузка.

Задание 15. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Цели лечения при остром панкреатите.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Предотвращение системных осложнений (дыхательная недостаточность, почечная недостаточность, гипотензия), предотвращение некроза поджелудочной железы, предупреждение инфицирования при развитии некроза.

Задание 16. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назначьте лечение при синдроме гипотиреоза.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Левотироксин натрия. Контроль уровня ТТГ, Т4 св., диетотерапия, лечебная физкультура, направленная на нормализацию массы тела.

Задание 17. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назначьте лечение при остром калькулезном холецистите.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Антибактериальная терапия (амоксиклав, ципрофлоксацин). Симптоматическая терапия: быстрое купирование болевого синдрома: дротаверин в/в, новокаин в/в, промедол. Оперативное лечение – холецистэктомия.

Задание 18. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назначьте лечение при язвенной болезни желудка.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Диета с ограничением острой, пряной пищи. Медикаментозное лечение: ингибиторы протонной помпы (омепразол), антибактериальная терапия (кларитромицин, амоксициллин),

противоязвенные препараты (висмута трикалия дицитрат), антацидные препараты (магния гидроксид+алгедрат).

Задание 19. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назначьте лечение при хроническом гломерулонефрите.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Диетотерапия, глюкокортикостероиды (Преднизолон); цитостатики (Циклофосфамид); антикоагулянты (Гепарин натрия); антиагреганты (Дипиридамол). Дополнительно: диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.

Задание 20. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Лечение отеков при нефротическом синдроме.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): наиболее часто с целью уменьшения отеков применяются петлевые диуретики в возрастной дозировке. Многим больным с активным нефротическим синдромом, гипоальбуминемией и рефрактерными отеками для получения адекватного диуреза, необходимо внутривенное введение 20% раствора альбумина под контролем АД, ЧСС.

Задание 21. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назначьте немедикаментозное лечение при нефритическом синдроме.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): режим постельный первые сутки, затем палатный, общий. Ограничение поваренной соли и жидкости (объем получаемой жидкости рассчитывают с учетом диуреза за предыдущий день + 300 мл) при достаточном калораже и содержании витаминов. При наличии отеков, особенно в период их нарастания, содержание поваренной соли в пище ограничивается до 0,2-0,3 г в сутки, содержание белка в суточном рационе ограничивается до 0,5-0,6 г/кг массы тела в основном за счет белков животного, происхождения.

Задание 22. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Какая терапия предпочтительна при сахарном диабете 1 типа?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): базис-болюсная инсулинотерапия, помповая инсулинотерапия.

Задание 23. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Немедикаментозное лечение язвенной болезни желудка.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): диетотерапия: частое дробное питание небольшими порциями, механическое, термическое и химическое щажение пищи. Исключение из рациона продуктов, раздражающих слизистую оболочку желудка и возбуждающих секрецию соляной кислоты.

Задание 24. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Назовите препараты, входящие в первую линию эрадикационной терапии *H.pylori*.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): ингибиторы протонного насоса, амоксициллин, кларитромицин.

Задание 25. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Терапия при хроническом панкреатите.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): Отказ от алкоголя, соблюдение диеты (жиры не более 50-75 г/сутки, частые приемы пищи, уменьшение потребления экстрактивных веществ), купирование болевого синдрома, ферментная заместительная терапия, профилактика/борьба с витаминной недостаточностью, лечение эндокринных нарушений.

Задание 26. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Медикаментозное лечение гипопаратиреоза. Купирование острой гипокальциемии.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): медикаментозная терапия гипопаратиреоза включает в себя препараты витамина D и его производные (альфакальцитриол, кальцитриол) и препараты кальция. Для купирования острой гипокальциемии устанавливают центральный венозный катетер для инфузии кальция.

Задание 27. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Лечение гиперпаратиреоза.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): единственный оптимальный метод лечения - хирургический (удаление паращитовидных желез). При невозможности выполнения хирургического лечения рекомендуется антирезорбтивная терапия (алендроновая кислота, деносумаб) и/или терапия цинакальцетом.

Задание 28. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Общие принципы начала сахароснижающей терапии при сахарном диабете.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента): диетотерапия с ограничением легкоусваиваемых углеводов, животных жиров. Ведение пищевого дневника; дозированная физическая нагрузка (не менее 150 минут в неделю); психологическая поддержка пациента; бигуаниды (Метформин).

Задание 29. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Особенности лечения сахарного диабета при сердечно-сосудистой патологии.

Эталон ответа(минимум, который должен быть в ответе студента: диетотерапия с ограничением легкоусваиваемых углеводов, животных жиров. Ведение пищевого дневника; дозированная физическая нагрузка (не менее 150 минут в неделю); психологическая поддержка пациента; препараты группы агонистов глюкагоноподобного пептида-1, ингибиторов натрийглюкозного ко-транспортера 2 типа; гиполипидемическая терапия (статины).

Задание 30. Инструкция: прочитайте вопрос и дайте развернутый ответ.

Лечение гестационного сахарного диабета.

Эталон ответа(минимум, который должен быть в ответе студента: диетотерапия: исключение легкоусвояемых углеводов, углеводов с высоким гликемическим индексом, транс-жиров; ограничение употребления пищи с высоким содержанием жиров; каждый прием пищи должен содержать медленно усваиваемые углеводы, белок, моно- и полиненасыщенные жиры, пищевые волокна, Продукты, содержащие углеводы, распределяются в течение дня на 3 основных приема пищи и 2-3 дополнительных. Дозированные аэробные физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю, ежедневная ходьба после еды по 10-15 минут и перед сном при отсутствии противопоказаний, под контролем самочувствия. При отсутствии эффекта – назначение инсулинотерапии.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Задание 1. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Мужчина 55 лет, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку длительностью до 5 минут, одышку при физической

нагрузке (быстрая ходьба более 500 м). Из анамнеза известно, что боли появились более года назад, прекращались самостоятельно в покое. Ранее за помощью не обращался. Анамнез жизни: наследственность отягощена (мать страдает гипертонической болезнью, дед умер от инфаркта миокарда. Вредные привычки: курит более 30 лет. Больному провели рутинные исследования, установлен диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК 2.

1. Какой антиишемический препарат необходимо назначить в качестве препарата 1 линии?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция.

Задание 2. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Женщина 50 лет, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение артериального давления до 150-160/90 мм.рт.ст., одышку при физической нагрузке (быстрая ходьба более 500 м), отеки нижних конечностей. Из анамнеза известно, что давление начало повышаться неделю назад. Ранее за помощью не обращалась. Анамнез жизни: наследственность отягощена (мать и отец страдают гипертонической болезнью). Больной провели рутинные исследования, установлен диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК 2. Гипертоническая болезнь 2 ст, 2 ст, риск ССО – 4 (очень высокий).

1. Какие группы препаратов необходимо назначить в качестве гипотензивной терапии?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ или БРА.

Задание 3. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больная 35 лет, жалуется на похудание за месяц на 6 кг при сохраненном аппетите, сердцебиение, дрожь в теле, чувство жара, слабость, раздражительность, плохой сон. Кожа влажная, теплая, эластичная, тонкая. Волосы мягкие. Глазные щели расширены, мигание редкое. При взгляде вниз появляется белая полоска между верхним веком и радужкой. Нарушена конвергенция, веки пигментированные. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Определяется тремор пальцев рук. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 98 уд./мин. Данные ЭКГ – синусовая тахикардия, неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса. Проведен комплекс обследований, установлен диагноз: Диффузный токсический зоб.

1. Назовите группу препаратов, которую следует назначить пациентке.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Тиреостатики.

Задание 4. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больная, 19 лет, жалуется на жажду (выпивает 4–5 л жидкости за сутки), обильное мочеиспускание, похудание за 2 мес. на 10 кг, слабость. Пониженного питания, тургор кожи снижен, кожа сухая. Запах ацетона изо рта. Язык сухой. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 86 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Сахар крови – 16 ммоль/л. Анализ мочи: у. в. –1030, сахар +++, ацетон ++.

1. Назовите предварительный диагноз и метод лечения, необходимый пациентке.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Сахарный диабет 1 типа. Основной метод лечения: инсулинотерапия.

Задание 5. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Пациент 62 лет обратился с жалобами на жажду, сухость во рту, онемение нижних конечностей, учащенное мочеиспускание в течение 1 недели. Из анамнеза известно, что мать и бабушка страдают сахарным диабетом 2 типа. В остальном без особенностей. Установлен предварительный диагноз: Сахарный диабет 2 типа. Рутинные исследования подтвердили диагноз: глюкоза – 9.7 ммоль/л.

1. Какую группу препаратов необходимо назначить пациенту в обязательном порядке?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Бигуаниды (метформин).

Задание 6. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больной М. 18 лет играл с друзьями в футбол. Через 1 час от начала игры стал менее активным, бледным, пожаловался на головную боль и дрожь в теле, затем появилась потливость, стал бессвязно разговаривать, после чего потерял сознание. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 месяцев страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулинотерапию 32 ЕД в сутки.

Объективно: питания удовлетворительного, рост - 174 см, вес - 68 кг. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, холодные, диффузный гипергидроз. На передней брюшной стенке следы инъекций. Отеков нет. В легких ясный легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Аускультация сердца: тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительных качеств, 100 ударов в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 146 г/л, лейкоциты - $6,9 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 55 %, лимфоциты - 31%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/ч. Общий анализ мочи: без особенностей. Биохимический анализ крови: сахар – 2,2 ммоль/л, в остальном без особенностей. ЭКГ: нормальный вариант.

1. Составьте план лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Внутривенное введение 40% р-ра Глюкозы 20-100 мл до полного восстановления сознания. При отсутствии восстановления сознания - переходят на в/в капельное введение 5% р-ра Глюкозы; п/к или в/м введение 1 мг Глюкагона, Преднизолона 30 мг в/м (контринсулярные гормоны, повышают уровень гликемии). После восстановления сознания больного следует накормить углеводистыми продуктами (булка, хлеб, картофель) для предотвращения рецидива гипогликемического состояния.

Задание 7. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - $37,2^{\circ}C$. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Диффузный токсический зоб 2 степени, манифестный тиреотоксикоз.
2. Тиреостатики (Тиамазол)
3. В-блокаторы

Задание 8. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

На приеме у врача-терапевта участкового пациент 48 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию

не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м². Объем талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет. Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. Биохимический анализ крови – без особенностей.

1. Назначьте необходимую группу сахароснижающих препаратов для лечения заболевания.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Бигуаниды (метформин).

Задание 9. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Пациентка М. 30 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3 последних месяцев, учащенные сердцебиения как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость.

При осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м². Кожные покровы теплые, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при осмотре однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 311×10^9 /л, СОЭ – 16 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 14,1 мкмоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС. УЗИ щитовидной железы: объем железы - 48 мл, эхогенность обычная, структура однородная, усилен кровоток. Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,005 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 60 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).

1. Предположите у пациентки диагноз.
2. Назначьте лечение.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Диффузный токсический зоб 2 степени, манифестный тиреотоксикоз.
2. Пациентке показано назначение тиреостатиков: Тиамазол в суточной дозировке 30-40 мг в 2 приема до достижения состояния эутиреоза, после чего дозировка Тиамазола должна постепенно уменьшаться (на 5-10мг раз в 2-3 недели) под

контролем уровня тироксина крови до достижения поддерживающей дозировки 5-10 мг в сутки. Поддерживающую дозировку необходимо принимать в течение 1,5-2 лет. В качестве симптоматической терапии могут быть применены бета-адреноблокаторы под контролем ЧСС и АД.

Задание 10. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больной М. 44 лет на приеме у врача-терапевта участкового жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса. Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В анамнезе - повторные ангины.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отек. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии; правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный.

При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14 мМЕ/л (норма 0,4-4 мМЕ/л), св. Т4 – 5,6 пмоль/мл (10 пмоль/л-25 пмоль/л, анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл). Общий анализ крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Электрокардиография – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.

1. Установите предварительный диагноз
2. Назначьте лечение.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз, средней тяжести (манифестный), декомпенсированный.
2. Заместительная терапия гормонами щитовидной железы (левотироксин натрия). У больных моложе 55 лет, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний, назначают левотироксин натрия в дозе 1,6-1,8 мкг/кг массы тела. Лечение начинают с полной дозы ЛС. Ориентировочная начальная доза для мужчин - 100 мкг/сут.

Задание 11. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд. Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделию назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу. Работает поваром в детском

учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит. Мама страдала сахарным диабетом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчесов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет.

В анализах: глюкоза крови натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Сахарный диабет тип 2, целевое значение HbA1c <7,0%. Алиментарно-конституциональное ожирение 2 степени, абдоминальный тип. Дислипидемия.
2. У больной имеется ожирение 2 степени и исходный уровень HbA1c = 7,1%.
Рекомендовано изменение образа жизни: диета, физическая активность.
Монотерапия: метформином, ингибиторы дипептидилпептидазы-4, агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1.

Задание 12. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Пациентка 45 лет обратилась к терапевту с жалобами на периодические подъемы АД до 220/100 мм.рт.ст. длительностью от нескольких минут до часа и самостоятельным прекращением, головные боли, головокружение, чувство беспокойства, повышенную потливость. Анамнез жизни: 1 месяц назад – возникновение психо-эмоционального стресса в связи с семейными обстоятельствами. При осмотре: кожа бледная, влажная, АД – 120/80 вне криза.

При обследовании установлен диагноз: Феохромоцитома.

1. Назначьте лечение.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Медикаментозное лечение: селективные α-адреноблокаторы. Препарат выбора – Доксазозин в дозе 1-2 мг в сутки. В дальнейшем могут быть присоединены β-блокаторы. Монотерапия β-блокаторами без достаточной блокады α-адренорецепторов может привести к резкому повышению АД.
Рекомендации по немедикаментозной терапии: ограничение тяжелых физических нагрузок (возможны умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание), минимизировать стрессовые ситуации (при необходимости прибегнуть к помощи психотерапевта).

Задание 13. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больная 42 лет, обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3°C. Не работает, домохозяйка, работу выполняет с трудом.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Отмечается деформация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны.

Общий анализ крови: лейкоциты - $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час. Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор (РФ) – 1:80. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 375,8 Ед/мл. Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен окколосуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные узурь костей.

Установлен диагноз: Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП+, эрозивный, развёрнутая клиническая стадия, умеренная активность (DAS28=5,0), рентгенологическая стадия II, функциональный класс недостаточности суставов II.

1. Какова тактика лечения пациентки?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Больной после обследования необходимо назначение базисной терапии - Метотрексат, Фолиевая кислота. Для купирования болевого синдрома необходимо назначение НПВС (например, Диклофена), в сочетании с Омепразолом.

Задание 14. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°C, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах легких при глубоком вдохе, кашле.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах легких - жесткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отеки нижних конечностей.

В анализах крови – анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, измененные эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г.

Установлен диагноз: Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Гломерулонефрит, нефротическая форма. Нефротический синдром. Полиартрит. Миокардит. Плеврит. Панцитопения. Дисковидная эритема.

1. Какова тактика лечения пациентки?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Иммуносупрессивная терапия. Преднизолон, Азатиоприн 100 мг в сутки или Микофенолата мофетил. Для предупреждения побочных действий кортикостероидов показано применение салуретиков, гипотензивных средств (ингибиторов АПФ с нефропротективным действием), антацидных препаратов или ингибиторов протонной помпы.

Задание 15. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Женщина 65 лет, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное нарастание вышеописанных жалоб. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отеков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторно. Общий анализ крови: без особенностей. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Какова тактика лечения?

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Основной: остеоартроз, генерализованная форма: гонартроз, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, R-стадия II, ФК I. Сопутствующий: Алиментарно-конституциональное ожирение I степени.
2. Базисная терапия (хондропротекторы) - хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат (Дона, Структум, Артра, Алфлутоп). НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид). ГК внутрисуставно при наличии синовита. Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно.

Задание 16. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больная А. 24 лет жалуется на головную боль, слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечают участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отечность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон. Сердце расширено в поперечнике, тоны глухие. Пульс – 108 уд/мин., ритм правильный. Артериальное давление – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Отечность голеней.

Анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – $1,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 180×10^9 /л, лейкоциты – $4,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес – 1010, белок – 1,2%, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения. Холестерин сыворотки крови – 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови – 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови – 51 г/л, альбумин – 25 г/л.

Установлен диагноз: Системная красная волчанка с поражением почек, кожи, лимфоузлов, сердца, суставным синдромом и анемией. Подострое течение.

1. Предложите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Исключить психоэмоциональную нагрузку, уменьшить пребывание на солнце, не применять пероральные контрацептивы с высоким содержанием эстрогенов. Медикаментозное лечение: нестероидные противовоспалительные средства, гидроксихлорохин, глюкокортикоиды при неэффективности нестероидных противовоспалительных средств и гидроксихлорохина.

Задание 17. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в

области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ – Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов.

Объективно: Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 °С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В легких дыхание везикулярное. Сердце: тоны правильные, 80 в мин., акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: Нв – 120 г/л, лейкоциты – $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 3–4 в поле зрения, цилиндры – до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови – 200 мкмоль/л.

Установлен диагноз: Хроническая подагра. Среднетяжелое течение. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Артериальная гипертензия. Предложите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Антиподагрическая диета. Запрещение алкоголя. Аллопуринол или Фебуксостат. При остром подагрическом артрите - Ибупрофен 800 мг. 4 р/сут., при неэффективности Колхицин. Для контроля АД – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов к ангиотензину (сартаны)

Задание 18. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

У больной 43 лет, сразу после проведенной тиреоидэктомии по поводу диффузного токсического зоба, появились болезненные судороги мимической и жевательной мускулатуры, мышц-сгибателей верхних и нижних конечностей, ощущение «мурашек» по телу.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Предложите группы препаратов для лечения данного состояния.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Послеоперационный гипопаратиреоз.
2. Витамин Д, препараты кальция.

Задание 19. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больная 38 лет с ДТЗ (диффузный токсический зоб) предъявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм (больше справа), инъектированность склер.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Предложите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз тяжелое течение. Эндокринная офтальмопатия.
2. Преднизолон перорально и инъекционно, Дексаметазон в виде капель в глаза, фонофорез на глазные яблоки с дексаметазоном, луцентис, оперативное лечение, рентгеновское лечение

Задание 20. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

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

Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль/л. ЭКГ в покое: нормальный вариант.

1. Установите предположительный диагноз
2. Предложите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК. ХСН I ст. II ФК
2. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность.
Фармакотерапия: Нитроглицерин - для купирования приступа стенокардии + препараты первой линии: в - адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов.
Препараты второй линии: нитраты пролонгированного, блокаторы I_f каналов, активаторы калиевых каналов, цитопротекторы, блокаторы медленного натриевого тока.
Препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты, гиполипидемические препараты, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

Задание 21. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отеки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал Преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отеки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в минуту.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9 /л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

1. Предположите диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения
2. Диета № 7. Основное лечение состоит из четырёхкомпонентной схемы, включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон); цитостатики (Циклофосфамид); антикоагулянты (Гепарин натрия); антиагреганты (Дипиридамо́л). Дополнительно: диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.

Задание 22. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отеки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у врача-педиатра участкового около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отеков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза.

При осмотре: нормального телосложения, кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отеки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отеков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 105 г/л, в остальном без особенностей. Биохимические исследования крови: креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 55 мл/мин.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП 3а, А2 Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст., риск 3. Анемия 1 ст.
2. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым стандартом» при лечении пациентов с ХБП стадий С1-3. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - лозартан.

Задание 23. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больной М., 36 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры тела до $38,5^{\circ}C$ с ознобами и обильным потоотделением, общую слабость, боли в мышцах и суставах. Указанные симптомы появились через 5 дней после экстракции зуба, за медицинской помощью не обращался, лечился в течение 4 недель самостоятельно жаропонижающими. В течение последней недели отметил появление одышки инспираторного характера при обычной физической нагрузке, отеки стоп, голеней, высыпаний на коже.

Из анамнеза: 2-3 раза в год страдает простудными заболеваниями. Курит по 20 сигарет/день. Алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,4. Кожные покровы бледные, влажные. На коже дистальных отделов конечностей петехии, на подушечках пальцев кистей и стоп – множественные болезненные узелки красного цвета около 2-4 мм. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 24 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 106 в мин. При аускультации выслушивается громкий систолический шум с эпицентром на верхушке сердца. В 5 точке выслушивается короткий диастолический шум. АД 140/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги. Селезенка увеличена в размерах. Почки не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный. Стул в норме. Мочеиспускание безболезненное, 3-4 раза в сутки, цвет мочи с/желтый. Отеки стоп, голеней.

Лабораторно. Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 100 г/л, ретикулоциты – 5%, тромбоциты – $150 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $19,6 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 40 мм/ч. Общий анализ мочи: без особенностей.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Предложите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Инфекционный эндокардит с поражением митрального и аортального клапанов (недостаточность митрального клапана, недостаточность аортального клапана). ХСН IIВ, ФК2. Нормохромная анемия лёгкой степени тяжести.
2. Немедленная госпитализация в кардиологическое отделение. Постельный режим, диета, обогащённая белком и витаминами. Необходима длительная антибактериальная терапия (эмпирическая - до выявления возбудителя, этиотропная – после выявления возбудителя: амоксициллина клавуланат, гентамицин, ванкомицин. Петлевые диуретики (фуросемид), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (эналаприл), β -блокаторы (карведилол).

Задание 24. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больная К., 44 лет, учительница, обратилась с жалобами на головную боль, головокружение, возникающие при повышении артериального давления до 190/110 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: Повышение артериального давления отмечает в течение 8 лет, регулярно АД не контролировала. Лечилась различными гипотензивными препаратами, а при резком повышении АД самостоятельно принимала каптоприл. В течение последних 4-х месяцев эпизоды повышения АД стали чаще, до 2 – 3 раз в неделю. Связывает с интенсивной работой в течение этого времени. Алкоголь не употребляет.

Наследственность: у матери отмечалось повышение АД с 40 лет, умерла в возрасте 69 лет от инсульта.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной влажности. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2-ой тон во 2-ом межреберье справа. ЧСС 86 уд/минуту, АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Гипертоническая болезнь II стадии, степень АГ 3 ст. Риск 4 (очень высокий).
2. Немедикаментозные методы в себя включают: увеличить физическую активность, проводить регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки по 30 – 40 минут не менее 4 раз в неделю. Снизить употребление поваренной соли до 5 г/сутки. Изменить режим питания с увеличением потребления растительной пищи, уменьшением потребления жиров,

увеличение в рационе овощей, фруктов, зерновых, молочных продуктов, содержащих калий, кальций и магний.

Медикаментозное лечение: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, диуретики, статины, антиагреганты, ингибиторы протонной помпы.

Задание 25. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больной К. 48 лет, инженер, предъявляет жалобы на загрудинные боли жгучего характера, возникающие при ходьбе быстрым шагом, при выходе на холодный воздух, сопровождаются одышкой, уменьшаются при остановке и проходят после приема под язык 1 таблетки нитроглицерина через 5-7 мин. Боли появляются 1-2 раза в месяц в течение последнего года.

В анамнезе в течение 5 лет повышенное артериальное давление, принимает индап 2,5 мг утром, эналаприл 5 мг 2 раза в день. Курит по 15 сигарет в день в течение 20 лет, алкоголь употребляет 1-2 раза в месяц по 200-300 гр. У отца был инфаркт миокарда в 45 лет, у матери АГ с 40 лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Цвет кожи бледно-розовый. В легких дыхание везикулярное. ЧДД-16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 1 тона во 2-ом межреберье справа от грудины. ЧСС 68 в 1 мин. АД – 160/90 мм рт.ст Живот при пальпации безболезненный, печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена.

В общем анализе крови патологии не выявлено. В анализе крови холестерин - 6,8 ммоль/л, триглицериды 2,98 ммоль/л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь III ст. АГ 2 ст. Дислипидемия. Риск 4 (очень высокий). ХСН IIА. II ФК.
2. Петлевые диуретики (фуросемид), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (эналаприл), б-блокаторы (бисопролол), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (верошпирон), нитроглицерин 0,4 под язык при болях за грудиной, статины (аторвастатин), антиагреганты (ацетилсалициловая кислота), ингибиторы протонной помпы (омепразол)

Задание 26. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Мужчина 49 лет. Предъявляет жалобы на загрудинные боли жгучего характера, возникающие при ходьбе обычным шагом длительностью до 5-10 мин., сопровождаются одышкой, потемнением в глазах, уменьшаются после приема под язык 2 таблеток нитроглицерина через 2-3 мин, учащение таких приступов последние три дня и появление подобных болей ночью. В анамнезе в течение 2-х лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в неделю. Регулярно принимал бисопролол 5 мг в день, изосорбида мононитрат 40 мг 1 раза в день (утром и днем), тромбо АСС 100 мг 1 раз в день, аторвастатин 10 мг на ночь. За последнюю

неделю, несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 4-5 приступов в день, стали продолжительными, появились приступы в покое и в ночное время. Для купирования болей стал принимать по 2-3 таблетки нитроглицерина. Не курит, алкоголь употребляет редко. У отца был инфаркт миокарда в 55 лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Вес - 92 кг. Рост - 175 см. ИМТ 30.04 кг/м² Цвет кожи бледно-розовый, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, ЧДД-16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 11 тона во 2-ом межреберье справа от грудины. ЧСС 58 в 1 мин. АД - 126/72 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожно-жирового слоя, безболезненный. Отеков нет. Холестерин 7,2 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Ишемическая болезнь сердца. Прогрессирующая стенокардия, ХСН 1ст., 3 ФК. Ожирение первой степени (ИМТ 30.04 кг/м²).
2. Медикаментозное лечение, антикоагулянты (гепарин натрия), антитромботическая терапия (ацетилсалициловая кислота), антиангинальные средства (β -адреноблокаторы; нитраты; антагонисты Ca^{2+}), статины (аторвастатин), ингибиторы протонной помпы (омепразол), хирургическое лечение: коронароангиография, ангиопластика и стентирование/аортокоронарное шунтирование.

Задание 27. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больной С. 47 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, возникшие через 30-40 минут после приема пищи, изжогу, тошноту, умеренную слабость. Длительность болевого приступа около часа, уменьшается после приема но-шпы. Из анамнеза, много лет страдает хроническим гастродуоденитом, остеоартрозом нижних конечностей, при обострении которого в комплексе с другими препаратами принимает диклофенак. У отца язвенная болезнь желудка. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Ухудшение самочувствия около недели после перенесенного психоэмоционального стресса.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, умеренной влажности. Язык у корня обложен белым налетом, сосочки сохранены. Вес 80 кг, рост 169 см. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ЧСС 72 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается локальная болезненность в эпигастральной области. Стул 1 раз в сутки оформленный.

Общий анализ крови: без особенностей.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: Желудок: слизистая зернистая, выраженная гиперемия в антральном отделе. Визуализируется дефект в антральном отделе овальной формы диаметром 12 мм, окруженный воспалительным валом, дно покрыто желто-серым налетом фибрина. При гистологии: *Helicobacter Pylori* (+++).

УЗИ - без органической патологии, по данным рН-метрии тип секреции - гиперсекреция.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения данного пациента.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Впервые выявленная одиночная ($d=12$ мм) язва желудка с локализацией в антральном отделе, Н.Pylori-ассоциированная. Хр. гастродуоденит, стадия обострения.
2. Лечебное питание: щадящая диета – с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами. Исключаются острые закуски, приправы, пряности.
3. Медикаментозное лечение: ингибиторы протонной помпы (омепразол), антибактериальная терапия (кларитромицин, амоксициллин), противоязвенные препараты (висмута трикалия дицитрат), антацидные препараты (магния гидроксид+алгедрат)

Задание 28. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

На прием к врачу обратилась женщина 40 лет с жалобами на тупые, ноющие боли в эпигастриальной области, и левом подреберье слева от пупка опоясывающего характера с иррадиацией в спину, усиливающиеся через 20-40 минут после приема пищи и алкоголя, отрыжка, изжога, тошнота. Последние 6 месяцев постоянно обильный, неоформленный, маслянистый стул 2-6 раз в сутки, метеоризм, урчание в животе.

Объективно: похудела на 3 кг за 6 месяцев, состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные сухие, ломкие ногти, заеды в углах губ, рост 166 см., вес 58 кг. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 82, АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен коричневым налетом, живот вздут, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, болезненность в эпигастрии, боли иррадиируют под левую лопатку. В анализах амилаза крови 600ед/л, амилаза мочи 1200ед./л

УЗИ органов брюшной полости: поджелудочная железа: размеры увеличены, контуры неровные, нечеткие, структура неоднородная, участки повышенной эхогенности в области тела и головки поджелудочной железы. Селезенка: контуры четкие, ровные. Паренхима сохранена, структура однородна.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Хронический панкреатит, стадия обострения.
2. Немедикаментозное лечение: соблюдение щадящей диеты: ограничивают потребление кислых продуктов и жиров. Пациенту строго запрещается употребление алкоголя, острой пищи, газированных напитков, консервов.
Медикаментозное лечение: ферменты (панкреатин), спазмолитические препараты (мебеверин), ингибиторы протонной помпы (омепразол), антисептические/вяжущие средства (магния гидроксид+алгелдрат).

Задание 29. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

Женщина 46 лет, доставлена в экстренное приемное отделение скорой помощи. Предъявляет жалобы на боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку и правое предплечье. Состояние ухудшилось около четырех часов назад после приема жирной пищи. Из анамнеза: около года отмечает чувство тяжести в правом подреберье, горький вкус во рту, однократно был подобный приступ, прошел после применения грелки и но-шпы.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,8 градусов. Больная повышенного питания, склеры глаз иктеричны. При аускультации, в нижних отделах правого легкого дыхание ослаблено. ЧСС 90 ударов в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации болезненный в области проекции желчного пузыря. Болезненность в правой надключичной области, положительный симптом поколачивания по правому подреберью.

Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}$; Hb 125 г/л; лейкоциты $9,8 \times 10^9$, СОЭ 28 мм/ч. Амилаза 800 ед/л, АСТ 80, АЛТ 120, общий билирубин 60 ммоль/л, непрямой билирубин 48 ммоль/л, прямой билирубин 12 ммоль/л, амилаза мочи 1200 ед./л,

УЗИ: желчный пузырь клювовидной формы, расположен в обычном месте, с перетяжкой в нижней трети тела, стенка его утолщена до 5 мм. В полости желчного пузыря отмечаются гиперэхогенные включения до 5 мм в диаметре.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. ЖКБ, острый калькулезный холецистит.
2. Антибактериальная терапия (амоксиклав, ципрофлоксацин).
Симптоматическая терапия: быстрое купирование болевого синдрома: дротаверин в/в, новокаин в/в, промедол. Оперативное лечение – холецистэктомия.

Задание 30. Инструкция: ознакомьтесь с условием задачи и дайте ответ на поставленные вопросы.

На прием к участковому терапевту обратилась 35-летняя женщина с жалобами на отечность лица, зябкость кистей, стоп, увеличение веса за последние 6 месяцев на 15 кг при сниженном аппетите, общее недомогание, отмечает сухость кожных покровов, ломкость ногтей, выраженное снижение памяти. В анамнезе: в течение последнего года отмечает запоры до 2-3 дней, осиплость голоса при отсутствии признаков простудного заболевания. Беременности – 2, роды – 2. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям (у матери и отца гипертоническая болезнь).

Объективно: Состояние удовлетворительное. Больная вялая, речь замедленная. Рост 168 см., вес 87 кг. Кожные покровы сухие и прохладные на ощупь, шелушение на тыльных поверхностях локтевых суставов. Пастозность тела, отечность век. Язык с «отпечатками зубов» по боковой поверхности. Температура тела 35,8°C. Щитовидная железа при пальпации несколько уплотнена, подвижна, увеличена. Лимфатические узлы безболезненны. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в мин. Ритм сердца правильный, ЧСС 56 ударов в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий при пальпации, безболезненный.

Плотные отеки на голенях. Обследование: ТТГ 12 мМЕ/л (норма 0,5-5,0 мМЕ/л), Т4 св.: 40 ммоль/л (норма 60-160 ммоль/л).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе студента):

1. Гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита, впервые выявленный.
2. Левотироксин натрия. Контроль уровня ТТГ, Т4 св.

Рекомендуется рациональное питание, лечебная физкультура, направленные на нормализацию массы тела.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности и в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

		навыке	
--	--	--------	--

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две	логичность и последовательность ответа

	владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	неточности в ответе	
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворите	частичное	удовлетворите	удовлетворитель	достаточный

льно	понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	льная способность анализировать ситуацию, делать выводы	ные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует