

Гериатрия

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/geriatriya/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 лет обратилась к врачу-гериатру

Жалобы

На чувство горечи во рту, тошноту, чувство быстрого насыщения, чувство тяжести вверху живота после еды, умеренные боли в подложечной области натощак, купируемые приемом пищи, антацидами

Анамнез заболевания

Жалобы на чувство горечи во рту, тошноту, чувство быстрого насыщения, чувство тяжести вверху живота после еды беспокоят более 2 лет, однако в последние недели участились, появились боли в подложечной области, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * перенесенные заболевания: в детстве – ветряная оспа, ОРВИ, в возрасте 18 лет перенесла аппендэктомию
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное.
- * Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте и ситуации. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.
- * Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 76 уд в мин, АД 125/80 мм.рт.ст.
- * Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации чувствительный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластической консистенции, безболезненный, край закруглен, перкуторно размеры печени не увеличены, размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Нижний полюс селезенки не пальпируется. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.
- * Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Для постановки диагноза наиболее информативным методом инструментального обследования является

Результаты инструментального обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его бледно розовая, перистальтика активная. В просвет пищевода пролабирует слизистая оболочка желудка. Розетка кардии зияет, зубчатая линия на 0,5 см выше уровня пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи, желчи. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Складки слизистой средней величины, эластичные, слизистая антрального отдела диффузно гиперемирована, умеренно отечна. Привратник свободно проходим. Луковица 12-перстной кишки не деформирована, слизистая её бледно-розового цвета. Слизистая залуковичного отдела не изменена. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере.

Обзорная рентгенография грудной клетки

В легочной ткани патологических теней не выявлено, повышенной прозрачности. Рисунок умеренно выражен. Корни структурны. Диафрагма без особенностей. Синусы свободны. Сердце косо расположено, талия сглажена. Левый желудочек увеличен.

Электрокардиография

Ритм синусовый. ЧСС 68 в мин. Нормальное положение ЭОС. Умеренные изменения миокарда.

УЗИ органов брюшной полости

Желчный пузырь не увеличен 7,0х3,0 см, стенки уплотнены, не утолщены, просвет гомогенный. Гепатикохоледох не расширен (диаметр 0,7 см). Печень не увеличена, паренхима обычной эхогенности, воротная вена не расширена (диаметр 1,2 см). Поджелудочная железа средних размеров, с ровными четкими контурами, паренхима повышенной эхогенности, панкреатический проток не расширен. Почки средних размеров, расположены в типичных местах, контуры почек неровные. Паренхима почек сохранена. Синусы почек не расширены, повышенной эхогенности, на границе синуса и паренхимы левой почки лоцируются мелкие единичные кальцинаты. Селезенка не увеличена, ее площадь 24,6 см, селезеночная вена не расширена.

Одним из основных методов диагностики, используемых при обследовании всех пациентов с симптомами желудочной диспепсии, является

Результаты обследования

Исследование для выявления инфекции *Helicobacter pylori*

Быстрый уреазный тест: *Helicobacter pylori* ++

Суточная интрагастральная и интрапищеводная рН-метрия

Уровень базальной интрагастральной рН - 1,0-1,3. Буферное действие пищи - 25 мин. Выявлено 7 патологических (более 5 мин.) гастроэзофагеальных рефлюксов, самый длительный 27 мин. Общее время с рН меньше 4 – 4,2% (в норме не более 4,5%).

Рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

Пищевод свободно проходим. Желудок гипотоничен, в форме крючка. Складки слизистой утолщены, у большой кривизны извиты, создают ребристый контур. Глубина перистальтических волн изменчива, наблюдался преходящий спазм

привратника. Луковица ДПК гипермобильна. В горизонтальном положении, при напряжении мышц живота отмечается расширение наддиафрагмального отдела пищевода.

Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка в фрагментах слизистой оболочки антрального отдела желудка покровно-ямочный эпителий части скоплений с признаками гиперплазии, дистрофическими изменениями, большое количество лимфоидных элементов разной степени зрелости, немного нейтрофилов, Хеликобактер в умеренном количестве.

Учитывая клинико-anamнестические данные и результаты инструментального исследования, больной можно поставить диагноз
Диагноз

Неуточненная диспепсия. Хронический неатрофический антральный гастрит, ассоциированный с *H.pylori*-инфекцией. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Функциональная диспепсия. Хронический неатрофический антральный гастрит, ассоциированный с *H.pylori*-инфекцией. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

***H.pylori*-ассоциированная диспепсия. Хронический неатрофический антральный гастрит, ассоциированный с *H.pylori*-инфекцией. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**

Функциональная диспепсия. Хронический неатрофический антральный гастрит, ассоциированный с *H.pylori*-инфекцией. Недостаточность кардии

Помимо отсутствия органических причин диспепсических жалоб основанием для постановки диагноза функциональной диспепсии является

- сохранение диспепсических симптомов в течение 6 месяцев после проведенной эрадикации *H. pylori*
- отсутствие инфицирования слизистой оболочки желудка *H.pylori*
- наличие нарушений моторики желудка
- купирование диспепсических симптомов спустя 6 месяцев после успешной эрадикации *H.pylori*-инфекции

Купирование диспепсических симптомов спустя 6 месяцев после успешной эрадикации *H.pylori*-инфекции является критерием постановки диагноза

- органической диспепсии
- хронического гастрита, ассоциированного с *H.pylori*-инфекцией
- функциональной диспепсии
- диспепсии, ассоциированной с инфекцией *H.pylori*

Из антисекреторных препаратов в составе схем эрадикационной терапии *H.pylori*-инфекции наиболее обосновано назначение

- рабепразола и эзомепразола
- декслансопразола и лансопразола
- омепразола и пантопразола
- пантопразола и лансопразола

Рекомендованная продолжительность эрадикационной терапии *H.pylori*-инфекции составляет + ____ + дней

- 5
- 10
- 14
- 7

В качестве эрадикационной терапии *H.pylori*-инфекции первой линии может быть использована тройная терапия, включающая

- блокатор H_2 -рецепторов гистамина + амоксициллин + метронидазол
- ингибитор протонной помпы + амоксиклав + метронидазол
- ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин
- ингибитор протонной помпы + метронидазол + ребамипид

При отсутствии эрадикации *H.pylori* после использования схемы тройной терапии может быть назначена схема классической висмут-содержащей квадротерапии второй линии, которая включает

- ИПП + висмута трикалия дицитрат + оксациллин + метронидазол
- ИПП + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол
- ИПП + висмута трикалия дицитрат + метронидазол + актовегин
- ИПП + висмута трикалия дицитрат + метронидазол + рифабутин

Оценка эффективности проведенной эрадикационной терапии *H.pylori* проводится

- через 2 недели после окончания лечения
- через 4 недели после окончания лечения
- спустя 6 месяцев после окончания лечения
- сразу после окончания эрадикационной терапии *H.pylori*

Оценить эффективность эрадикационной терапии *H.pylori*, используя неинвазивные методы диагностики инфекции, можно при помощи

- серологического исследования крови на выявление антител класса IgG к *H.pylori*
- цитологического исследования мазков-отпечатков биоптатов слизистой оболочки желудка

- быстрого уреазного теста
- дыхательного теста с мочевиной, меченной ^{13}C

К препаратам, у которых отсутствует первичная и не развивается вторичная резистентность *H.pylori*, относят

- серологического исследования крови на выявление антител класса IgG к *H.pylori*
- цитологического исследования мазков-отпечатков биоптатов слизистой оболочки желудка
- быстрого уреазного теста
- дыхательного теста с мочевиной, меченной ^{13}C

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А., 79 лет обратилась на прием к врачу-гериатру

Жалобы

На общую слабость, снижение (замедление) скорости ходьбы, трудности при вставании с кресла и стула, быстрая утомляемость при ходьбе, частые падения (8 раз за последний год), снижение веса на 6 кг за последние 2 года.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят в течение последних 1,5-2 лет. По этому поводу ранее к врачам не обращалась

Анамнез жизни

* сахарный диабет 2 типа в течение 8 лет, получает гликлазид МВ 60 мг в сутки, отмечает эпизоды «легкой» гипогликемии до 2-3 раз за неделю.

* в течение нескольких лет - гипертоническая болезнь (повышение АД максимально до 150/90 мм.рт.ст), антигипертензионных препаратов не принимает.

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имела

* аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 150 см, Вес 50 кг. ИМТ $22,2 \text{ кг/м}^2$, окружность талии - 61 см, окружность бедер - 92 см, окружность шеи - 30 см, окружность голени - 30 см, окружность плеча - 20 см. Кожные покровы суховаты на ощупь, тургор снижен. АД 110/70 мм рт.ст, пульс 75 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичны, частота сердечных сокращений 75 в минуту; в лёгких везикулярное дыхание. Пальпация живота без особенностей, печень не увеличена.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- серологического исследования крови на выявление антител класса IgG к *H.pylori*

- цитологического исследования мазков-отпечатков биоптатов слизистой оболочки желудка
- быстрого уреазного теста
- дыхательного теста с мочевиной, меченной ^{13}C

Результаты обследования

Проведение опросника «Возраст не помеха»

4 балла

Краткая батарея тестов физической активности

7 баллов

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Эхопризнаков атеросклероза внечерепных отделов брахиоцефальных артерий не выявлено.

Определение уровня гликированного гемоглобина

Гликированный гемоглобин – 6,6%

Общий (клинический) анализ крови

[cols="25%,^25%,^25%,^25%"]

|=====

Скорость оседания эритроцитов	11	мм/час	
WBC Лейкоциты	7.89	10^9 /л	(4.00 - 9.00)
RBC Эритроциты	4.33	10^{12} /л	(3.90 - 4.70)
HGB Гемоглобин	131.00	г/л	(120.00 - 140.00)
HCT Гематокрит	38.1	%	(35.0 - 54.0)
MCV Средний объем эритроцита	88.08	fl	(80.00 - 95.50)
MCH Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроц.	30.3	пг	(27.0 - 32.0)
MCHC Средняя концентрация гемоглобина в эритроц.	343.5	г/л	(320.0 - 370.0)
PLT Тромбоциты	227.0	10^9 /л	(180.0 - 320.0)
PCT Тромбокрит	0.130	%	(0.100 - 0.280)
MPV Средний объем тромбоцитов	5.92	fl	(5.00 - 10.00)
PDW Ширина распределения тромбоцитов по объему	10.0	%	(10.0 - 20.0)
RDW-CV Ширина распределения эритроцитов	3.19	%	
RDW-SD Ширина распределения эритроцитов	41.66	fl	
P-LCR Соотношение тромбоцитов и больших клеток	34.1	%	

|=====

|=====

3+^ относительные	3+^ абсолютные
Средние клетки	6.86 % 0.54 10^9 /л
Лимфоциты	40.47 % (11.00 - 49.00) 3.19 10^9 /л (0.40 - 4.40)
Гранулоциты	52.67 % (47.00 - 72.00) 4.16 10^9 /л (1.20 - 6.80)

|=====

Определение уровня витамина 25(ОН)Д

15 нг/мл (Менее 20 нг/мл – дефицит, 20-50 нг/мл – недостаток, 50-125 нг/мл - оптимальный)

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- серологического исследования крови на выявление антител класса IgG к *H.pylori*
- цитологического исследования мазков-отпечатков биоптатов слизистой оболочки желудка
- быстрого уреазного теста
- дыхательного теста с мочевиной, меченной ^{13}C

Результаты инструментальных методов обследования

Кистевая динамометрия

Сила кистевого жима: правая рука – 14 кг левая рука – 14 кг

Измерение окружности плеча и толщины кожно-жировой складки плеча с расчетом окружности мышц плеча

20 см

Суточное мониторирование глюкозы крови

За 24 часа мониторинга гликемии получены следующие результаты: средние показатели гликемии 7,4 ммоль/л, наименьший показатель гликемии 6,2 ммоль/л, наибольший 12,5 ммоль/л, показателей гликемии ниже 3,9 ммоль/л не выявлено.

Ортостатическая проба

АД (в положении лежа) - 120/75 мм.рт.ст.

АД (через 2 мин. после вставания) - 125/80 мм.рт.ст

Суточное мониторирование ЭКГ

Основной ритм синусовый. Средняя ЧСС-72 уд./мин. Миграция водителя ритма.

Макс.ЧСС-132 уд./мин. зарегистрирована в 07 ч. 09 м.

Миним. ЧСС-76 уд./мин. зарегистрирована в 2ч. 20 м.

ДИНАМИКА ST-СЕКМЕНТА

Достоверной ишемической динамики сегмента ST-T не зарегистрировано.

ПАУЗЫ (RR>2000 мс или увеличение RR на 40%).- не зарегистрированы

С целью оценки динамического равновесия у данной пациентки необходимо провести

- опрос по шкале оценки риска падений Морзе
- тест «Встань и иди»
- тест способности выполнения основных функций
- ортостатическую пробу

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- опрос по шкале оценки риска падений Морзе
- тест «Встань и иди»
- тест способности выполнения основных функций
- ортостатическую пробу

Диагноз

Старческая астения. Саркопения. Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина <8,5%

Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина <6,5%. Диабетическая вегетативная и сенсо-моторная полинейропатия. Синдром диабетической стопы

Хронический колит. Синдром мальнутриции. Алиментарная кахексия

Синдром слабости синусового узла с приступами Морганьи-Адамса-Стокса

К сопутствующему состоянию, которое может ухудшить гликемический контроль у данной пациентки, относят

- синдром падений
- саркопению
- возраст больной
- гипертоническую болезнь

Суточная потребность в белке у данной больной составляет + _____ + г/кг массы тела

- более 3
- 0,6-0,8
- 1,0-1,5
- 2-2,5

В связи с выявленным дефицитом витамина 25(ОН)Д 15 нг/мл пациентке показано назначение колекальциферола в дозе + _____ + в неделю на протяжении + ___ + недель

- 50 000 МЕ; 8
- 50 000 МЕ; 4
- 1000-2000 МЕ; 6
- 6000-14 000 МЕ; 8

Программа физической активности у данной пациентки с синдромом старческой астении и саркопенией должна включать

- спортивную ходьбу и бег трусцой на длинные дистанции
- подъем штанги
- упражнения на растяжку (шпагат, «мостик»)
- физические упражнения на сопротивление, поддержание равновесия; аэробные тренировки

Для снижения риска падений у представленной пациентки необходимо

- использование для передвижения инвалидного кресла

- ограничение бытовой физической активности вплоть до постельного режима
- консультирование по вопросам организации безопасных условий проживания
- назначение физиотерапевтических и бальнеологических процедур

Коррекция сахароснижающей терапии с целью снижения риска гипогликемии у представленной пациентки должна заключаться в

- иницировании инсулинотерапии инсулинами короткого действия
- дополнительном назначении Метформина к ранее получаемому гликлазиду МВ в прежней дозе
- замене гликлазида МВ препаратом из группы и-ДПП4 (вилдаглиптин, саксаглиптин, линаглиптин и т.д.)
- замене гликлазида МВ глибенкламидом (Манинил)

Учитывая наличие в анамнезе частых падений, обувь пациентки должна быть

- обувь без задника (тапки) для облегчения ее надевания и снятия
- с закрытым задником и каблуком, высота которого не превышает 4,5 см
- обувь с дополнительным супинатором и каблуком, высота которого превышает 4,5 см
- полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве

Для оценки наличия когнитивных нарушений у представленной пациентки необходимо использовать

- обувь без задника (тапки) для облегчения ее надевания и снятия
- с закрытым задником и каблуком, высота которого не превышает 4,5 см
- обувь с дополнительным супинатором и каблуком, высота которого превышает 4,5 см
- полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М., 81 лет обратилась на прием к врачу-гериатру

Жалобы

На общую слабость, усталости при незначительной физической нагрузке, замедление темпа ходьбы, частые переломы, снижение памяти.

Анамнез заболевания

В течение года отмечает появление общей слабости, усталости при незначительной физической нагрузке, замедление темпа ходьбы, снижение памяти.

Анамнез жизни

* в течение нескольких лет гипертоническая болезнь (повышение АД максимально до 180/90 мм.рт.ст). Принимает постоянно периндоприл 5 мг по 1 таблетке в сутки

* в анамнезе хронический аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз. Принимает L-тироксин 75 мкг в сутки.

* Множественные низкоэнергетические переломы: 2016 г – перелом правой лучевой кости, 2017 г. – перелом костей голени, 2018 г. – перелом плечевой кости. Препаратов кальция, витамина Д, для лечения остеопороза не получала

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имела

* аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 62 кг, рост 158,5 см, ИМТ 24,8кг/м².

Кожные покровы суховаты, тургор снижен. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена (0 ст. по ВОЗ), однородная, эластичная, безболезненная, легко смещаемая при глотании. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД (на правой руке, после 5 минут отдыха) 130/60 мм.рт.ст., пульс 73 уд\мин. Живот мягкий, безболезненный. Пульсация артерий стоп сохранена.

Шкала «Возраст не помеха» - 5 баллов.

Краткая батарея тестов физической активности – 7 баллов.

Шкала MMSE – 27 баллов.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- обувь без задника (тапки) для облегчения ее надевания и снятия
- с закрытым задником и каблуком, высота которого не превышает 4,5 см
- обувь с дополнительным супинатором и каблуком, высота которого превышает 4,5 см
- полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве

Результаты обследования

Кистевая динамометрия

Сила кистевого жима: правая рука – 18 кг, левая рука – 16 кг.

Измерение окружности плеча и толщины кожно-жировой складки плеча с расчетом окружности мышц плеча

21,5 см

Определение уровня ТТГ

ТТГ - 2,5 мЕд/л

Суточное мониторирование АД

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. | 125 | <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. | 115 | <120

| Ночное снижение САД, % | 10 | 10–22

| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. | 77 | <80
| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. | 68 | <70
| Ночное снижение ДАД, % | 9 | 10–22
|====

Проведение УЗДГ артерий нижних конечностей

Проявлений гемодинамически значимого атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей не выявлено.

Необходимыми для уточнения диагноза методами обследования являются

- обувь без задника (тапки) для облегчения ее надевания и снятия
- с закрытым задником и каблуком, высота которого не превышает 4,5 см
- обувь с дополнительным супинатором и каблуком, высота которого превышает 4,5 см
- полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве

Результаты инструментальных методов обследования

Денситометрия 2-х отделов (проксимального отдела бедра и позвоночника)

T-критерий L1-L4 - -3,2, шейка левого бедра - -2,7, total hip - -2,7.

Определение уровня витамина Д

Витамин Д – 11 нг/мл

|====

|<20 нг/мл |дефицит

|20 до 30 нг/мл |недостаток

|более 30 нг/мл |адекватные уровни

|====

Анализ крови на гликированный гемоглобин

5,5%

Анализ суточной мочи на кортизол

101,1 нмоль/ сутки

Общий анализ крови

[cols="25%,^25%,^25%,^25%"]

|====

| Скорость оседания эритроцитов | 11 | мм/час |

| WBC Лейкоциты | 5.90 | 10^9 /л | (4.00 - 9.00)

| RBC Эритроциты | 4.70 | 10^{12} /л | (3.90 - 4.70)

| HGB Гемоглобин | 140.00 | г/л | (120.00 - 140.00)

| HCT Гематокрит | 38.8 | % | (35.0 - 54.0)

| MCV Средний объем эритроцита | 82.60 | fl | (80.00 - 95.50)

| MCH Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроц. | 30.2 | пг | (27.0 - 32.0)

| MCHC Средняя концентрация гемоглобина в эритроц. | 366.0 | г/л | (320.0 - 370.0)

| PLT Тромбоциты | 180.0 | 10^9 /л | (180.0 - 320.0)

| RDW Ширина распределения эритроцитов по объему | 11.2 | %CV | (10.0 - 16.5)

| PCT Тромбокрит | 0.100 | % | (0.100 - 0.280)

| MPV Средний объем тромбоцитов | 6.30 | fl | (5.00 - 10.00)

| PDW Ширина распределения тромбоцитов по объему | 18.1 | % | (10.0 - 20.0)

|=====

|=====

| 3+^| *относительные* 3+^| *абсолютные*

| Лимфоциты | 34.40 | % | (11.00 - 49.00) | 2.03 | 10⁹/л | (0.40 - 4.40)

| Моноциты | 3.40 | % | (3.00 - 11.00) | 0.20 | 10⁹/л | (0.20 - 0.60)

| Гранулоциты | 62.20 | % | (47.00 - 72.00) | 3.67 | 10⁹/л | (1.20 - 6.80)

|=====

На основании жалоб и результатов обследования пациентке может быть установлен диагноз

- обувь без задника (тапки) для облегчения ее надевания и снятия
- с закрытым задником и каблуком, высота которого не превышает 4,5 см
- обувь с дополнительным супинатором и каблуком, высота которого превышает 4,5 см
- полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве

Диагноз

Старческая астения. Саркопения. Тяжелый остеопороз с множественными низкоэнергетическими переломами. Дефицит витамина Д

**Первичный гиперпаратиреоз, костно-висцеральная форма.
Паратиреоидная остеодистрофия**

Цереброваскулярная болезнь. Хроническая ишемия головного мозга

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

Для оценки индивидуальной 10-летней вероятности основных низкотравматических переломов у представленной пациентки возможно применить

- опросник SARC-F
- шкалу FRAX
- опросник «Возраст не помеха»
- шкалу SCORE

В лечении пациентки со старческой астенией и саркопенией необходимо применить

- увеличение дозы L-тироксина
- коррекцию антигипертензивной терапии
- физические нагрузки
- статины

При обследовании у представленной пациентки выявлен дефицит витамина 25(ОН)Д. Суммарная насыщающая доза колекальциферола для данной больной составляет + _____ + МЕ

- 2 000
- 400 000
- 100 000
- 80 000

Для лечения остеопороза у представленной пациентки необходимо назначить

- монотерапию препаратами кальция
- деносумаб
- бисфосфонаты
- терипаратид

Суточное количество белка в пище, необходимое пациентке для поддержания мышечной массы, составляет + _____ + г/кг массы тела

- 1,0-1,5
- 2-2,5
- 0,8-0,9
- 0,3-0,5

Комбинированная терапия остеопороза у данной пациентки должна включать назначение терипаратида, витамина Д и

- бисфосфонатов
- деносумаба
- препаратов кальция
- стронция ранелата

Для снижения риска падений у представленной пациентки необходимо

- ограничение количество выпиваемой жидкости для уменьшения частоты ночных вставаний в туалет
- ограничение самостоятельной физической активности
- назначение физиотерапевтических процедур, иглорефлексотерапия
- консультирование по вопросам организации безопасных условий проживания

Представленной пациентке с синдромом старческой астении и саркопенией показаны физические упражнения

- на развитие мышц спины и плечевого пояса в виде подъема штанги
- в виде спортивной ходьбы и бега трусцой на длинные дистанции
- на сопротивление и поддержание равновесия, аэробные тренировки
- на растяжку (шпагат, выпады, «мостик»)

При проведении теста с 5-кратным подъемом со стула пациентка не смогла выполнить однократный подъем со стула без помощи рук. В этой ситуации следует

- на развитие мышц спины и плечевого пояса в виде подъема штанги
- в виде спортивной ходьбы и бега трусцой на длинные дистанции
- на сопротивление и поддержание равновесия, аэробные тренировки
- на растяжку (шпагат, выпады, «мостик»)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет была направлена врачом общей практики на консультацию к врачу-гериатру

Жалобы

На учащенный до 5 раз в сутки неоформленный (водянистый или кашицеобразный) стул, отходящий в дневные и иногда в ночные часы; тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед отхождением стула; урчание в животе; отсутствие аппетита

Анамнез заболевания

Год назад во время плановой госпитализации проводилась операция пластики пупочной грыжи. Три недели назад перенесла ОРВИ, осложнившийся бронхопневмонией, по поводу которой врачом общей практики была назначена терапия антибактериальными препаратами (амоксиклав), муколитиками в течение 10 дней. Через несколько дней после окончания антибактериальной пневмонии появился многократный неоформленный стул, тянущие боли внизу живота, урчание в животе. В связи с появившимися симптомами была направлена на консультацию к врачу-гериатру.

Анамнез жизни

* более 23 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным подъемом АД до 180/110 мм.рт.ст., адаптирована к АД 135-140/85 мм.рт.ст., постоянно принимает эналаприл по 20 мг в сутки, индапамид по 2,5 мг в сутки утром,

* около 17 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, по поводу которого получает метформин по 2 г в сутки,

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имела

* аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела – 37,2^oC. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте и ситуации. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких

определяется коробочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 76 уд в мин, АД 135/85 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот симметричный, умеренно безболезненный в проекции ободочной кишки, преимущественно в левых отделах; урчащий при пальпации. Перитонеальных симптомов нет. Нижний край печени на уровне правого края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный, край закруглен, перкуторно размеры печени не увеличены, размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Нижний полюс селезенки не пальпируется. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул неоформленный (кашицеобразный или водянистый), учащен до 5 раз в сутки, без примеси слизи и крови.

Наиболее информативным методом инструментальной диагностики, необходимым для постановки диагноза, является

- на развитие мышц спины и плечевого пояса в виде подъема штанги
- в виде спортивной ходьбы и бега трусцой на длинные дистанции
- на сопротивление и поддержание равновесия, аэробные тренировки
- на растяжку (шпагат, выпады, «мостик»)

Результаты инструментальных методов обследования

Колонофиброскопия

Эндоскоп проведен в полость купола слепой кишки. Баугиниева заслонка губовидной формы, ориентирована в просвет кишки, слизистая ее не изменена. Купол слепой кишки не деформирован, содержимого в его полости нет. Дистальнее селезеночного изгиба ободочной кишки слизистая оболочка гиперемирована, отечна, покрыта единичными до 0,3-0,7 см в диаметре, фибринозными наложениями желтоватого цвета.

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровней жидкости в петлях кишечника не прослеживается. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Отмечается повышенное газообразование в толстой кишке.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Розетка кардии смыкается полностью. Зубчатая линия на уровне пищевода отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи, жидкости. Складки слизистой средней величины, эластичные, слизистая антрального отдела умеренно очагово гиперемирована. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её очагово гиперемирована на вершинах складок. Слизистая залуковичного отдела без видимых изменений.

Взята биопсия из антрального отдела желудка. Быстрый уреазный тест на *H.pylori* – положительный (++).

УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена, КВР 140 мм, толщина правой доли 115 мм, левой доли 55 мм, паренхима средней эхогенности, структура однородная, воротная вена 12 мм. Внутривенные желчные протоки не расширены. Холедох лоцируется на всем протяжении, диаметром 6 мм. Желчный пузырь не увеличен, размерами 20x60 мм, не деформирован, стенки уплотнены, толщина стенки 2 мм; в полости конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа размерами 26x13x22 мм, с ровными контурами, структура гиперэхогенная, очаговых изменений не выявлено. Панкреатический проток не расширен. В брюшной полости, в сальниковой сумке свободной жидкости не выявлено. Селезенка размерами 75x40 мм, площадь 33 см², однородной структуры, селезеночная вена не расширена диаметром 6 мм. При УЗИ кишечника отмечается усиленная перистальтика толстой кишки, с утолщением её стенки в левых отделах.

Скрининговым методом лабораторной диагностики *Clostridium difficile* - ассоциированной болезни является

- на развитие мышц спины и плечевого пояса в виде подъема штанги
- в виде спортивной ходьбы и бега трусцой на длинные дистанции
- на сопротивление и поддержание равновесия, аэробные тренировки
- на растяжку (шпагат, выпады, «мостик»)

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование глутаматдегидрогеназы *Clostridium difficile*

Исследование глутаматдегидрогеназы *Clostridium difficile*, результат положительный

Клинический анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимическое исследование крови

Для подтверждения в качестве причины диареи *Clostridium difficile* показано

- на развитие мышц спины и плечевого пояса в виде подъема штанги
- в виде спортивной ходьбы и бега трусцой на длинные дистанции
- на сопротивление и поддержание равновесия, аэробные тренировки
- на растяжку (шпагат, выпады, «мостик»)

Результаты обследования

Определение токсинов А и В Clostridium difficile в кале методом ИФА

Токсин А Clostridium difficile – положительный

Токсин В Clostridium difficile - положительный

Проведение посева кала на стандартных питательных средах с целью идентификации чистой культуры Clostridium difficile

Отрицательный – культура Clostridium difficile не выделена

Проведение морфометрии биоптатов слизистой оболочки ободочной кишки

В биоптате слизистой оболочки сигмовидной кишки определяются скопления фибрина, муцина, лимфоцитов и нейтрофилов на участках между криптами, в собственной пластинке слизистой

Выполнение общего анализ кала

Наиболее вероятным диагнозом основного заболевания в данной клинической ситуации является

- на развитие мышц спины и плечевого пояса в виде подъема штанги
- в виде спортивной ходьбы и бега трусцой на длинные дистанции
- на сопротивление и поддержание равновесия, аэробные тренировки
- на растяжку (шпагат, выпады, «мостик»)

Диагноз

Антибиотико-ассоциированная диарея: псевдомембранозный колит, легкой степени тяжести

Дисбиоз кишечника. Спастическая дискинезия ободочной кишки

Синдром раздраженного кишечника с диареей

Язвенный колит, острое течение, левосторонняя форма, легкая атака

О легком течении Clostridium difficile - ассоциированной болезни у пациентки свидетельствует

- отсутствие в анализе кала йодофильной флоры
- лейкоцитоз свыше 9×10^9 /л
- сочетание легкой диареи (до 5 раз в сутки) с умеренной болью в животе
- уровень альбумина < 50 г/л

Факторами риска развития Clostridium difficile - ассоциированной болезни у пациентки явились

- пожилой возраст и сахарный диабет
- избыток в рационе растительной пищи, дефицит животных жиров

- прием в качестве антигипертензивных препаратов тиазидных диуретиков и эналаприла
- прием пищи в учреждениях общепита

Тактика ведения пациентки включает

- назначение этиотропной терапии только после выявления в кале токсинов А и В *Clostridium difficile*
- назначение этиотропной терапии только после завершения всего обследования
- назначение этиотропной терапии сразу после положительного результата исследования на глутаматдегидрогеназу
- назначение этиотропной терапии до получения результатов лабораторного исследования

При назначении этиотропной терапии *Clostridium difficile* – ассоциированной болезни легкого течения препаратом выбора является

- фталазол
- левомицетин
- метронидазол
- фуразолидон

Продолжительность антибактериальной терапии при первом эпизоде *C. difficile*-ассоциированной болезни составляет + ____ + дней

- 7
- 14
- 10
- 5

При отсутствии эффекта от пероральной терапии метронидазолом через 5-7 дней рекомендуется

- продолжить терапию метронидазолом в увеличенной дозировке
- направить пациентку на хирургическое лечение псевдомембранозного колита
- смена антибиотика на ципрофлоксацин
- смена антибиотика на ванкомицин

Хирургическое лечение псевдомембранозного колита показано при

- осложненном течении заболевания
- отсутствии улучшения самочувствия пациентки спустя 3 дня от начала консервативной терапии
- отсутствии полной нормализации стула после двух недель лечения
- рецидиве псевдомембранозного колита

Для профилактики рецидивов псевдомембранозного колита рекомендуется назначение в течение не менее 3 месяцев

- осложненном течении заболевания
- отсутствии улучшения самочувствия пациентки спустя 3 дня от начала консервативной терапии
- отсутствии полной нормализации стула после двух недель лечения
- рецидиве псевдомембранозного колита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

На постоянные боли в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, с иррадиацией в левую половину грудной клетки; горечь во рту; тошноту; отрыжку с запахом «тухлых яиц»; рвоту накануне съеденной пищей с примесью желчи, приносящую облегчение; отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания

Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка более 30 лет, течение заболевания характеризуется ежегодными сезонными обострениями в осенне-весенний период, провоцируемыми эмоциональными перегрузками. Лечение обострений проводилось назначением диеты, курсовой терапии антисекреторными препаратами, гастропротекторами, антацидами с положительным эффектом. В последние годы обострения протекают с болевым синдромом в эпигастральной области, отрыжкой с запахом «тухлых яиц», рвотой, приносящей облегчение. Настоящее обострение в течение последней недели, когда появились перечисленные выше жалобы, накануне отметил эпизод рвоты содержимым типа «кофейной гущи», что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * более 12 лет страдает мочекаменной болезнью;
- * курит по 0,5 пачки в день более 20 лет, алкоголем не злоупотребляет;
- * питание: нерегулярное, в рационе часто присутствуют острые, соленые блюда;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

- * Состояние относительно удовлетворительное.
- * Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте и ситуации. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких

определяется коробочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин.

* Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 88 уд в мин, АД 135/80 мм.рт.ст.

* Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации болезненный в эпигастрии, в подложечной области отмечается шум плеска. Перитонеальных симптомов нет. Нижний край печени на уровне правого края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный, край закруглен, перкуторно размеры печени не увеличены, размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Нижний полюс селезенки не пальпируется. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Наиболее информативным методом инструментального обследования пациента является

- осложненном течении заболевания
- отсутствии улучшения самочувствия пациентки спустя 3 дня от начала консервативной терапии
- отсутствии полной нормализации стула после двух недель лечения
- рецидиве псевдомембранозного колита

Результаты инструментального метода обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Розетка кардии не смыкается. В просвет пищевода пролабирует слизистая оболочка желудка. В желудке большое количество слизи, пенистой темной желчи. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Складки слизистой средней величины, эластичные, слизистая очагово гиперемирована, отечна, по малой кривизне в области угла желудка язвенный дефект размерами 0,5-0,8 см с черным плоским пятном в центре его. Пилородуоденальный канал сужен. Луковица 12 перстной кишки рубцово деформирована, слизистая её гиперемирована, отечная.

Постбульбарный отдел осмотреть не удалось.

Обзорная рентгенография грудной клетки

Легочные поля прозрачные. Корни легких уплотнены, структурны. Диафрагма на уровне 6 ребра, контур четкий, синусы свободные. Сердце с умеренным увеличением левого желудочка, верхушка закруглена. Дуга аорты уплотнена.

Электрокардиография

Синусовая брадикардия; ЧСС – 56 в мин., нормальное положение ЭОС; умеренные изменения миокарда левого желудочка.

УЗИ органов брюшной полости

Желчный пузырь не увеличен 8,0x3,0 см, стенки уплотнены, не утолщены, просвет гомогенный. Гепатикохоледох не расширен, диаметром 0,6 см, лоцируется фрагментарно из-за помех со стороны желудочно-кишечного тракта. Печень не увеличена, паренхима пониженной эхогенности, воротная вена 1,3см,

не расширена. Поджелудочная железа средних размеров, с нечеткими контурами, паренхима повышенной эхогенности, панкреатический проток не расширен. Почки средних размеров, расположены в типичных местах, контуры почек неровные. Паренхима почек сохранена. Синусы почек не расширены, повышенной эхогенности. В верхнем полюсе правой почки лоцируется камень 1,2x0,5 см, в нижнем полюсе камень 0,7 см; в верхнем полюсе левой почки камень 0,7 см. В синусе левой почки лоцируется единичная мелкая киста 1,3x1,0 см. Селезенка не увеличена, площадь 33,4 см², селезеночная вена не расширена.

Оценка моторно-эвакуаторной функции и анатомических особенностей желудка у пациента должна проводиться при помощи

- осложненном течении заболевания
- отсутствии улучшения самочувствия пациентки спустя 3 дня от начала консервативной терапии
- отсутствии полной нормализации стула после двух недель лечения
- рецидиве псевдомембранозного колита

Результаты обследования

Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки

Пищевод свободно проходим. Желудок гипотоничен, в форме крючка. Складки слизистой утолщены. Амплитуда перистальтических волн снижена. В теле желудка по малой кривизне выявляется депо бария с конвергенцией складок. Просвет пилорического канала сужен (в стадии субкомпенсации). Отмечается замедление эвакуации бария из желудка (свыше 12 ч.). Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово деформирована. В горизонтальном положении, при напряжении мышц живота отмечается расширение наддиафрагмального отдела пищевода.

Суточная интрагастральная рН-метрия

Уровень базальной интрагастральной рН –метрии: 1,0-1,3. Средний уровень рН в дневные часы – 1,7, в ночные часы – 1,4. Буферное действие пищи составляет – 15-25 мин.

УЗИ желудка

В желудке натощак определяется умеренное количество неомогенного содержимого.

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровней жидкости в петлях кишечника не прослеживается. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Отмечается повышенное газообразование толстой кишки.

Выявление у пациента при ЭГДС язвы желудка является показанием для выполнения

- осложненном течении заболевания
- отсутствии улучшения самочувствия пациентки спустя 3 дня от начала консервативной терапии

- отсутствии полной нормализации стула после двух недель лечения
- рецидиве псевдомембранозного колита

Результаты обследования

Морфологическое исследование биоптатов желудка

В фрагментах слизистой оболочки желудка покровно-ямочный эпителий с признаками гиперплазии, дистрофическими изменениями, большое количество лимфоидных элементов разной степени зрелости, умеренное количество нейтрофилов, *Helicobacter pylori* в умеренном количестве.

Суточная интрагастральная рН-метрия

Уровень базальной интрагастральной рН - 1,0-1,3. Средний уровень рН в дневные часы – 1,7, в ночные часы – 1,4. Буферное действие пищи составляет – 15-25 мин.

Анализ кала на скрытую кровь

Анализ кала на скрытую кровь – результат отрицательный

Общий анализ кала

Основным заболеванием является

- осложненном течении заболевания
- отсутствии улучшения самочувствия пациентки спустя 3 дня от начала консервативной терапии
- отсутствии полной нормализации стула после двух недель лечения
- рецидиве псевдомембранозного колита

Диагноз

Язвенная болезнь в фазе обострения, с локализацией язвы в области угла желудка

Функциональная диспепсия по гипомоторному типу. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

***H. pylori*-ассоциированная диспепсия. Хронический неатрофический антральный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*-инфекцией. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**

Хронический неатрофический эрозивный антральный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*-инфекцией. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Осложнением основного заболевания является

- состоявшееся кровотечение из язвы тела желудка (Форрест Пс)

- недостаточность кардии; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; пищевод Баретта
- пилородуоденальный стеноз в стадии декомпенсации
- состоявшееся кровотечение из язвы угла желудка (Форрест IIc).; пилородуоденальный стеноз в стадии субкомпенсации

Клиническими симптомами нарушения эвакуации желудочного содержимого, свидетельствующими об осложнении течения язвенной болезни пилородуоденальным стенозом, являются

- отсутствие аппетита, боли в эпигастральной области
- отрыжка с запахом «тухлых яиц», рвота накануне съеденной пищей, приносящая облегчение
- тошнота, рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение
- горечь во рту, рвота «кофейной гущей»

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- амбулаторно-поликлинического отделения
- «дневного стационара»
- стационара
- палаты интенсивной терапии

Наиболее оправданной тактикой ведения пациента является

- назначение эрадикационной квадротерапии *H. pylori*-инфекции, включающей ингибитор препараты висмута, с последующим пролонгированным курсом антисекреторной и цитопротективной терапии
- строгое соблюдение диеты и назначение трехкомпонентной эрадикационной схемы, включающей метронидазол
- строгое соблюдение диеты и назначение четырехкомпонентной эрадикационной схемы, включающей сукралфат
- соблюдение диеты, назначение четырехкомпонентной эрадикационной схемы, включающей магний-содержащий антацид

Рекомендованная продолжительность эрадикационной терапии *H. pylori*-инфекции составляет + ____ + дней

- 5
- 14
- 7
- 10

Схема классической висмут-содержащей эрадикационной квадротерапии *H. pylori*-инфекции, помимо назначения ингибитора протонной помпы и висмута трикалия дицитрат, включает

- метронидазол + актовегин
- тетрациклин + метронидазол
- оксациллин + метронидазол
- метронидазол + рифабутин

Оценка эффективности проведенной эрадикационной терапии *H. pylori*-инфекции проводится

- сразу после окончания эрадикационной терапии *H. pylori*
- через 2 недели после окончания лечения
- через 4 недели после окончания лечения
- спустя 6 месяцев после окончания лечения

Актуальными мерами профилактики рецидивов язвенной болезни являются

- сразу после окончания эрадикационной терапии *H. pylori*
- через 2 недели после окончания лечения
- через 4 недели после окончания лечения
- спустя 6 месяцев после окончания лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет была направлена врачом общей практики на консультацию к врачу-гериатру.

Жалобы

На учащенный до 8 раз в сутки неоформленный (кашицеобразный или водянистый) стул со слизью и видимой кровью, отходящий в дневные и ночные часы; урчание в животе; отсутствие аппетита; слабость.

Анамнез заболевания

Болеет язвенным колитом 26 лет, диагноз левостороннего язвенного колита подтвержден эндоскопически и морфологически, проводилась терапия сульфасалазином в дозе 4,0-5,0 г/сутки, клизмы с гидрокортизоном. После дебюта заболевания в течение следующих 6 лет клиническая ремиссия. В дальнейшем почти ежегодные обострения, проводилась курсовая терапия сульфасалазином, клизмами с гидрокортизоном с хорошим эффектом, далее поддерживающая терапия сульфасалазином 2,0 г/сутки нерегулярно. Три года назад во время очередного обострения, впервые в терапии был применен преднизолон в суточной дозе 30 мг с постепенным снижением дозы и отменой; поддерживающая терапия сульфасалазином 2,0 г/сутки. Три месяца назад перенесла грипп, осложнившийся трахеобронхитом, на фоне лечения которого

антибактериальными средствами и отхаркивающими препаратами больная самостоятельно отменила сульфасалазин и в течение двух месяцев находилась без специфического лечения. В течение последнего месяца отмечает обострение язвенного колита, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* более 16 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным подъемом АД до 170/110 мм.рт.ст., адаптирована к АД 135-130/85-80 мм.рт.ст., постоянно принимает эналаприл по 20 мг/сутки;

* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

* профессиональных вредностей не имела;

* аллергических реакций не было.

Объективный статус

* Состояние средней тяжести.

* Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты. Температура тела – 37,2 °С. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет.

Ориентируется во времени, месте и ситуации. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин.

* Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 92 уд в мин, АД 135/80 мм.рт.ст.

* Язык влажный, обложен беловатым налетом. В ротовой полости на слизистых оболочках единичные афтозные язвы. Живот симметричный, безболезненный во всех отделах; урчащий при пальпации. Перитонеальных симптомов нет.

Нижний край печени на уровне правого края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный, край закруглен, перкуторно размеры печени не увеличены, размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Нижний полюс селезенки не пальпируется. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

* Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул учащен до 6-8 раз в сутки с обильной примесью слизи и видимой крови.

Наиболее информативным методом инструментального обследования, необходимым для постановки диагноза, является

- сразу после окончания эрадикационной терапии *H.pylori*
- через 2 недели после окончания лечения
- через 4 недели после окончания лечения
- спустя 6 месяцев после окончания лечения

Результаты инструментального метода обследования

Тотальная колоноскопия с илеоскопией (без подготовки)

Эндоскоп проведен в полость купола слепой кишки. Баугиниева заслонка

губовидной формы, ориентирована в просвет кишки, слизистая ее не изменена. Купол слепой кишки не деформирован, содержимого в его полости нет. В проксимальной части нисходящего отдела (зона селезеночного изгиба) определяются две плоские эрозии с налетом фибрина, размерами 0,2 см. Биопсия – два фрагмента из края эрозий – флакон 1. Несколько дистальнее в нисходящем отделе и далее, распространяясь на сигмовидный отдел и прямую кишку, отмечается диффузное поражение с образованием множественных эрозий и язв, в дистальных отделах сигмовидной кишки и прямой кишке носящих сливной характер. Слизистая гиперемирована, отечна, с образованием псевдополипов, контактно кровоточива. Просвет кишки в зоне поражения сужен. складки сглажены, сосудистый рисунок не прослеживается. Биопсия – четыре фрагмента из сигмовидного отдела - флакон 2.

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровня жидкости в петлях кишечника не прослеживается. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Отмечается повышенное газообразование толстой кишки.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Розетка кардии плотно смыкается полностью. Зубчатая линия на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи, жидкости. Складки слизистой средней величины, эластичные, слизистая антрального отдела диффузно умеренно гиперемирована. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её очагово гиперемирована на вершинах складок. Слизистая залуковичного отдела без видимых изменений, в просвете в небольшом количестве кишечное содержимое, окрашенное желчью без примеси свежей или измененной крови.

Взята биопсия из антрального отдела желудка. Быстрый уреазный тест на *H.pylori* – положительный (+++).

УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена, КВР 145 мм, толщина правой доли 120 мм, левой доли 60 мм, паренхима средней эхогенности, структура однородная, воротная вена 12 мм. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Холедох лоцируется на всем протяжении, 6 мм. Желчный пузырь не увеличен, размерами 20x65 мм, не деформирован, стенки уплотнены, толщина стенки 3 мм; в полости конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа размерами 26x13x22 мм, с ровными контурами, структура гиперэхогенная, очаговых изменений не выявлено. Панкреатический проток не расширен. В брюшной полости, в сальниковой сумке свободной жидкости не выявлено. Селезенка размерами 80x40 мм, площадь 30 см², однородной структуры, селезеночная вена не расширена диаметром 6мм.

Достоверно исключить развитие колоректального рака как осложнения течения язвенного колита можно при помощи

- сразу после окончания эрадикационной терапии *H.pylori*
- через 2 недели после окончания лечения

- через 4 недели после окончания лечения
- спустя 6 месяцев после окончания лечения

Результаты обследования

Морфометрия биоптатов из измененных участков толстой кишки

Цитологическое исследование:

1. На фоне элементов воспаления клетки кишечного эпителия с признаками пролиферации. В одном из препаратов гиперплазия клеток бокаловидного эпителия. 2. На фоне элементов воспаления клетки кишечного эпителия с признаками пролиферации.

Гистологическое исследование: фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с неравномерной умеренной мононуклеарной инфильтрацией и очаговым скоплением нейтрофилов и десквамацией покровного эпителия.

Ректороманоскопия

Слизистая осмотрена на 20 см, слизистая на всем протяжении покрыта фибрином и эрозирована.

УЗИ толстой кишки

Просвет S-образной сигмовидной кишки умеренно расширен до 2,7 см в диаметре; ригиден - при компрессии исследуемый фрагмент кишки не сжимается. В просвете – перемещается жидкое содержимое с пузырьками газа. Контур слизистой неровный. Стенка сигмовидной кишки гипоехогенная, утолщена до 6,2 мм, без дифференциации слоев. Перистальтика стенки сигмовидной кишки не регистрируется. Просвет нисходящей кишки не расширен; стенка – аналогичной структуры. В гипогастрии и полости малого таза лоцируется незначительное количество жидкости.

Ирригоскопия

При контрастной клизме в слепой, восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишке органических изменений не выявлено. Просвет сигмовидной кишки умеренно расширен, контуры слизистой оболочки неровные. Все отделы толстой кишки полностью опорожняются от бариевой взвеси.

Для оценки тяжести атаки язвенного колита согласно критериям Truelove–Witts из лабораторных исследований показано выполнение

- сразу после окончания эрадикационной терапии *H.pylori*
- через 2 недели после окончания лечения
- через 4 недели после окончания лечения
- спустя 6 месяцев после окончания лечения

Результаты лабораторного метода обследования

Клинический анализ крови

Биохимическое исследование крови

Общий анализ мочи

Общий анализ кала

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- сразу после окончания эрадикационной терапии *H.pylori*
- через 2 недели после окончания лечения
- через 4 недели после окончания лечения
- спустя 6 месяцев после окончания лечения

Диагноз

Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, тяжелая атака. Внекишечные проявления (афтозный стоматит). Псевдополипоз левой половины ободочной кишки. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия легкой степени

Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, среднетяжелая атака. Внекишечные проявления (афтозный стоматит). Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия средней степени тяжести

Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, субтотальное поражение, легкая атака. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия

Диффузный полипоз толстого кишечника с изъязвлением, обострение. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия легкой степени

О тяжелой атаке язвенного колита у больной свидетельствует

- наличие внекишечных проявлений (афтозный стоматит) и псевдополипоз левой половины ободочной кишки
- высокая обсемененность слизистой оболочки желудка *H.pylori*
- частота стула с кровью около 8 раз в сутки, тахикардия, анемия
- температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$, лейкоцитоз более $9,0 \times 10^9$

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- «дневного стационара»
- стационара
- амбулаторно-поликлинического отделения
- отделения реанимации

Наиболее оправданной тактикой ведения пациента является назначение

- преднизолона по 2 мг/кг/сут внутривенно
- преднизолона в суппозиториях по 10 мг утром
- месалазина в суппозиториях по 2 г/сут
- месалазина по 4 г/сут внутрь

Рекомендованная продолжительность атаки язвенного колита внутривенным введением глюкокортикостероидов составляет

- 7 дней
- до 14 дней
- пожизненно
- до полугода

При хорошем клиническом ответе через 7 дней парентеральной терапии преднизолоном показано

- прекратить парентеральную терапию преднизолоном и перейти на поддерживающую терапию месалазином
- перевести пациентку на прием преднизолона внутрь в меньшей дозировке с последующим снижением до полной отмены
- продолжить парентеральную терапию преднизолоном в половинной дозировке до достижения клинической ремиссии
- продолжить парентеральную терапию преднизолоном в той же дозировке до достижения клинической ремиссии

При отсутствии эффекта от парентеральной терапии преднизолоном через 7 дней рекомендуется

- продолжить парентеральную терапию преднизолоном в увеличенной дозировке (5 мкг/кг/сут)
- направить пациентку на хирургическое лечение язвенного колита
- перейти на биологическую терапию инфликсимабом
- добавить к терапии месалазин перорально и в виде клизм

Хирургическое лечение язвенного колита показано при

- неэффективности консервативной терапии и развитии кишечных осложнений

- тотальном поражении толстой кишки
- недостаточной эффективности препаратов 5-аминносалициловой кислоты в поддержании ремиссии
- частых тяжелых рецидивах язвенного колита

При достижении ремиссии тяжелой атаки язвенного колита при помощи терапии кортикостероидами продолжительность поддерживающей терапии месалазином составляет

- неэффективности консервативной терапии и развитии кишечных осложнений
- тотальном поражении толстой кишки
- недостаточной эффективности препаратов 5-аминносалициловой кислоты в поддержании ремиссии
- частых тяжелых рецидивах язвенного колита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет был направлен врачом общей практики на консультацию к врачу-гериатру

Жалобы

На выраженную слабость; повышенную утомляемость; ухудшение памяти, нарушение сна (сонливость днем и бессонница ночью); чувство тяжести в правом подреберье; увеличение живота в объеме; отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 7 лет, когда появились чувство тяжести в правом подреберье после приема жареной, жирной пищи, переизбытка, тошнота, что и послужило поводом для обращения в поликлинику по месту жительства. При амбулаторном обследовании по данным УЗИ органов брюшной полости были выявлены увеличение печени в размерах, признаки стеатоза, холестероза желчного пузыря, стадия 2-3 фиброза печени по шкале METAVIR при эластометрии, в биохимическом анализе крови увеличение уровня АЛТ и АСТ до 4 раз. Врачом-терапевтом состояние была расценено как острый гепатит токсико-алиментарной этиологии, по поводу которого была назначена курсовая терапия адеметионином в течение 3 месяцев с положительным эффектом. В течение последних 2 лет стал отмечать появление повышенной утомляемости при повседневной активности, ухудшение памяти, нарушения сна. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, когда появились вышеперечисленные жалобы. Пациент направлен на консультацию к гериатру.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ;

* сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, 2 ФК.

Гипертоническая болезнь 2 ст. (принимает бисопролол 2,5 мг/сутки, изосорбида мононитрат 20 мг/сутки). Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

* вредные привычки: злоупотребление алкоголем, курение, прием наркотиков отрицает;

* заболевание острыми гепатитами отрицает, переливаний крови не проводилось; наследственный анамнез не отягощен;

* профессиональных вредностей не имел;

* аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

* Состояние средней тяжести

* Повышенного питания. Рост 172 см, вес 92 кг. Индекс массы тела – 31,1кг/м², окружность талии 94 см. Склеры и кожные покровы иктеричны. На коже верхней части туловища единичные «сосудистые звездочки», пальмарная эритема. Вены нижних конечностей варикозно расширены. Гинекомастия. Температура тела – 36,7оС. Область суставов не изменена, движения в полном объеме. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет.

Ориентируется во времени, месте, ситуации, несколько заторможен.

Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин.

* Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 96 ударов в мин., АД 130/80 мм. рт. ст.

* Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, увеличен в объеме, при перкуссии в нижних и боковых отделах определяется притупление (асцит), при глубокой пальпации умеренно болезненный по ходу ободочной кишки, урчит. Нижний край печени выступает из-под края правой реберной дуги по срединно-ключичной линии на 3 см, плотный, заостренный, безболезненный. Нижний полюс селезенки не пальпируется. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Мочеиспускание самостоятельное, в ночные часы более 4 раз (никтурия).

Необходимыми для постановки диагноза методами исследования являются

- неэффективности консервативной терапии и развитии кишечных осложнений
- тотальном поражении толстой кишки
- недостаточной эффективности препаратов 5-аминносалициловой кислоты в поддержании ремиссии
- частых тяжелых рецидивах язвенного колита

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

Размеры печени увеличены, КВР - 170 мм, структура диффузно неоднородна,

эхогенность её повышена, неоднородна. Внутривенеченные желчные протоки не расширены. Диаметр портальной вены составляет 16 мм (норма до 15 мм). Желчный пузырь не увеличен, размерами 75x28 мм, толщина стенки – 3 мм; в полости конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа лоцируется нечетко, не увеличена, с нечеткими контурами, паренхима повышенной эхогенности, очаговых изменений не выявлено. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка размерами 115x50 мм, площадь 80 см² (норма до 55 см²), однородной структуры, селезеночная вена не расширена, 6 мм (норма до 8 мм). Почки средних размеров, расположены в типичных местах, контуры четкие. Паренхима 16 – 18 мм, обычной эхогенности, кортико-медуллярная дифференциация сохранена. ЧЛС не расширена. В брюшной полости лоцируется большое количество свободной жидкости.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена, вены нижней трети пищевода расширены, выступают в просвет пищевода на 3-4 мм. Розетка кардии смыкается полностью. Зубчатая линия на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи, жидкости. Складки слизистой оболочки желудка обычного калибра, эластичные, слизистая антрального отдела желудка истончена, прослеживается сосудистый рисунок. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её бледно-розового цвета. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. Заключение: варикозное расширение вен пищевода II степени.

Диагностический абдоминальный парацентез с цитологическим и биохимическим исследованием асцитической жидкости

Электрокардиография в 12- отведениях

Ритм синусовый. ЧСС 62 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Умеренные изменения миокарда левого желудочка.

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровней жидкости в петлях кишечника не прослеживается. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Конкрементов в проекции поджелудочной железы не выявлено. Определяется повышенный пневматоз кишечника.

Колоноскопия

Колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет кишки на всем протяжении не изменен, складки средней величины, эластичные, слизистая гладкая, блестящая, сосудистый рисунок правильной формы, выражен. Тонус кишки удовлетворительный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются

- неэффективности консервативной терапии и развитии кишечных осложнений

- тотальном поражении толстой кишки
- недостаточной эффективности препаратов 5-аминносалициловой кислоты в поддержании ремиссии
- частых тяжелых рецидивах язвенного колита

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимическое исследование крови

Серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

Коагулограмма

Исследование белковых фракций сыворотки крови

Клинический анализ крови

Фекальный кальпротектин

На основании данных обследования может быть поставлен диагноз

- неэффективности консервативной терапии и развитии кишечных осложнений
- тотальном поражении толстой кишки
- недостаточной эффективности препаратов 5-аминносалициловой кислоты в поддержании ремиссии
- частых тяжелых рецидивах язвенного колита

Диагноз

Основное заболевание: Цирроз печени, развившийся в исходе неалкогольного стеатогепатита, класс С по Чайлд – Пью (11 баллов), умеренной степени активности с внутрипеченочным холестазом.

Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода 2 степени.

Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. Сопутствующие

заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, 2 ФК. Гипертоническая

болезнь III ст, контролируемая АГ. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Основное заболевание: Цирроз печени, развившийся в исходе неалкогольного стеатогепатита, класс А по Чайлд – Пью (6 баллов), умеренной степени активности с внутрипеченочным холестазом. Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода 2 степени. Осложнения: асцит. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, 2 ФК. Гипертоническая болезнь 2 ст. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Основное заболевание: Криптогенный цирроз печени, класс С по Чайлд – Пью (11 баллов), умеренной степени активности с внутрипеченочным холестазом. Портальная гипертензия 2 стадии. Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, 2 ФК. Гипертоническая болезнь 2 ст. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Основное заболевание: Неалкогольная жировая болезнь печени: неалкогольный стеатогепатит умеренной степени активности с внутрипеченочным холестазом. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, 2 ФК. Гипертоническая болезнь 2 ст. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня АЛТ, АСТ характерно для синдрома

- цитолиза
- иммунного воспаления
- холестаза
- печеночно-клеточной недостаточности

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы и конъюгированной гипербилирубинемии характерно для синдрома

- печеночно-клеточной недостаточности
- иммунного воспаления
- холестаза
- цитолиза

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- отделения реанимации
- стационара
- поликлиники
- «дневного стационара»

В консервативной терапии заболевания с целью разрешения синдрома цитолиза и внутрипеченочного холестаза наиболее оправданным будет назначение

- эссенциальных фосфолипидов
- препаратов урсодезоксихолевой кислоты
- силимарина
- преднизолона

Для подавления аммониепродуцирующей микрофлоры при лечении печеночной энцефалопатии рекомендован

- тетрациклин
- рифаксимин
- фуразолидон
- амоксиклав

Начальная консервативная терапия ненапряженного асцита включает назначение + ____ + мг/сутки

- фуросемида в дозе 120
- спиронолактона в дозе 300
- спиронолактона в дозе 100
- фуросемида в дозе 80

Максимальная доза спиронолактон и фуросемида для лечения асцита составляет + _____ + соответственно

- 800 мг/сутки и 160 мг/сутки
- 300 мг/сутки и по 80 мг/сутки
- 400 мг/сутки и 320 мг/сутки
- 400 мг/сутки и 160 мг/сутки

При неэффективности 7-дневной интенсивной терапии в разрешении асцита при использовании комбинации спиронолактона 400 мг/сутки и фуросемида 160 мг/сутки рекомендуется

- проведение лечебного абдоминального парацентеза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза

Радикальным методом лечения больного с циррозом печени, осложненного резистентным к консервативной терапии асцитом является

- проведение лечебного абдоминального парацентеза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 лет обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

На выраженные приступообразные боли в эпигастрии и правом подреберье продолжительностью более часа с иррадиацией в межлопаточное пространство, возникающие после приема пищи; тошноту, рвоту, не приносящую облегчения; горечь во рту; учащенный жидкий стул до 4 раз в день в утренние часы; потемнение мочи.

Анамнез заболевания

Семнадцать лет назад при УЗИ органов брюшной полости в желчном пузыре был выявлен конкремент размерами 7,0x13,0 мм, густая замазкообразная желчь. В связи с отсутствием жалоб от операции холецистэктомии пациентка воздержалась, проводилось динамическое наблюдение. Около четырех лет назад появились боли в верхней половине живота, диспепсические жалобы, изменилась консистенция стула (стал кашицеобразным, плохо смываемым с унитаза). Участковым терапевтом состояние было расценено как хронический панкреатит. Амбулаторно проводилась терапия спазмолитиками, антацидами, ферментными препаратами с положительным эффектом. Около полугода назад появились эпизоды продолжительных выраженных болей в правом подреберье, сопровождавшиеся рвотой, не приносившей облегчение (желчная колика). После очередного эпизода желчной колики один месяц назад произведена операция лапароскопической холецистэктомии. Однако спустя месяц после оперативного вмешательства выраженные боли вверху живота и диспепсические симптомы возобновились. В связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: более 12 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным подъемом АД до 170/100 мм.рт.ст., адаптирована к АД 125/85 мм.рт.ст., постоянно принимает эналаприл по 10 мг в сутки;
- * перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ;
- * вредные привычки отрицает;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергоанамнез - не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести.
- * Рост 166 см, вес 76 кг. Индекс массы тела – 27,6 кг/м², окружность талии –

85 см. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричны. Температура тела – 36,7 °С. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте и ситуации. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.

* Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 84 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст.

* Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, выражено болезненный при пальпации в правом подреберье и панкреатодуоденальном треугольнике (зоне Шоффара), ободочная кишка чувствительна в правых отделах, урчит при пальпации. Нижний край печени у края реберной дуги, мягкоэластической консистенции, безболезненный. Нижний полюс селезенки не пальпируется. Перитонеальных симптомов нет.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул неоформленный (жидкий) до 4 раз в сутки в утренние часы, без примеси слизи и видимой крови.

Среди скрининговых лабораторных исследований в данной ситуации наиболее информативным является

- проведение лечебного абдоминального парацентеза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза

Результаты обследования

Биохимическое исследование крови

Клинический анализ крови

Общий анализ мочи

Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена)

Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена) - отрицательный

В данной ситуации наиболее информативным скрининговым методом инструментальной диагностики, необходимым для постановки диагноза, является

- проведение лечебного абдоминального парацентеза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена, КВР 145 мм, толщина правой доли 120 мм, левой доли 70 мм, паренхима повышенной эхогенности, структура однородная, воротная вена 9 мм. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Холедох лоцируется в проксимальных отделах, диаметр 13 мм (норма до 7 мм), в дистальных отделах не лоцируется из-за выраженного пневматоза кишечника. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа размерами - головка до 37 мм, тело до 29 мм, хвост до 25 мм, с неровными нечеткими контурами, структура гиперэхогенная, неоднородная. Вирсунгов проток расширен, диаметром 3-4 мм, неравномерный. В брюшной полости, в сальниковой сумке свободной жидкости не выявлено. Селезенка размерами 70x45 мм, площадь 44 см², однородной структуры, селезеночная вена не расширена диаметром 6 мм.

Электрокардиография

Ритм синусовый. ЧСС 72 в мин. Нормальное положение ЭОС. Умеренные изменения миокарда.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Розетка кардии смыкается не полностью. Зубчатая линия на уровне пищевода отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи, желчи. Складки слизистой антрального отдела средней величины, эластичные, диффузно гиперемированы. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её очагово гиперемирована на вершинах складок. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. Слизистая залуковичного отдела без видимых изменений. Взята биопсия из антрального отдела желудка. Быстрый уреазный тест на *H. pylori* – отрицательный.

Обзорная рентгенография грудной клетки

Легочные поля прозрачные. Корни легких уплотнены, структурны. Диафрагма на уровне 6 ребра, контур четкий, синусы свободные. Сердце с умеренным увеличением левого желудочка. Дуга аорты уплотнена.

С учетом полученных данных лабораторной и инструментальной диагностики для уточнения диагноза необходимо провести

- проведение лечебного абдоминального парацентеза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней

- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза

Результаты обследования

Эндоскопическая ультрасонография панкреатобилиарной зоны

Размеры поджелудочной железы увеличены (3,7х3,0х2,4 см), контуры нечеткие, эхогенность равномерно повышена, лоцируются единичные гиперэхогенные очаги 2-3 мм с акустической тенью в теле поджелудочной железы (кальциноз паренхимы), расширение (до 4 мм) и неравномерность главного панкреатического протока в поджелудочной железе. В терминальном отделе холедоха лоцируется гиперэхогенный очаг с четкой акустической тенью (конкремент) размером 4х6 мм.

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровней жидкости в петлях кишечника не выявлено. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Конкрементов в проекции поджелудочной железы не выявлено.

Исследование гликозилированного гемоглобина

Исследование белковых фракций крови

Чтобы исключить первичную (абсолютную) экзокринную панкреатическую недостаточность, как причину нарушения стула, необходимо провести

- проведение лечебного абдоминального парацентеза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза

Результаты обследования

Определение активности эластазы-1 в кале

Общий анализ кала (копрограмма)

Определение концентрации альфа-1-антитрипсина в кале

Метод количественного определения содержания жира в кале

Коэффициент абсорбции жира – 89% (референсные значения – не менее 92%)

На основании клинико-anamnestических данных и результатов обследования может быть поставлен диагноз основного заболевания

- проведение лечебного абдоминального парацентеза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза

Диагноз

Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз, состояние после лапароскопической холецистэктомии. Хронический рецидивирующий билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, с внешнесекреторной недостаточностью

Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз, состояние после лапароскопической холецистэктомии. Хронический гастродуоденит (*Helicobacter pylori* негативный). Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз, состояние после лапароскопической холецистэктомии. Функциональная диспепсия. Недостаточность кардии

Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз, состояние после лапароскопической холецистэктомии. Дисбиоз кишечника

Характерным признаком первичной (абсолютной) экзокринной панкреатической недостаточности у пациента является

- обнаружение жирных кислот в кале
- выявление мыл в кале
- сниженный уровень панкреатической эластазы-1 в кале
- выявление нейтрального жира в кале

Выявленные конъюгированная гипербилирубинемия, четырехкратное повышение уровня щелочной фосфатазы и трехкратное повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы свидетельствуют о наличии синдрома

- холестаза
- печеночно-клеточной недостаточности
- цитолиза
- иммунного воспаления

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- амбулаторного стационара
- «дневного стационара»
- хирургического стационара
- отделения реанимации

С целью купирования абдоминального болевого синдрома показано назначение

- прокинетиков
- антацидов
- ингибиторов протонной помпы
- спазмолитиков

С целью восстановления проходимости общего желчного протока и купирования болевого абдоминального синдрома в данной клинической ситуации показано

- назначение литолитической терапии
- проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией
- проведение операции панкреатодуоденальной резекции
- назначение спазмоаналгетической терапии

Сниженный уровень панкреатической эластазы-1 в кале предполагает необходимость назначения

- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- заместительной ферментной терапии «по требованию»
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов

При проведении заместительной ферментной терапии экзокринной панкреатической недостаточности препаратами выбора являются

- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- заместительной ферментной терапии «по требованию»
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 61 лет обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

На кожный зуд; сухость и желтушность кожных покровов; выраженную

утомляемость; слабость; тянущие боли в правом подреберье; повышенное газообразование; неоформленный (кашицеобразный) стул 2-3 раза в день; тянущие боли в крупных суставах в вечерние и ночные часы; нарушение сна.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда впервые отметила появление непостоянного кожного зуда, усиливающегося к вечеру и тяжесть в правом подреберье. По поводу кожного зуда обращалась к дерматологу, которым эти симптомы расценены как проявления аллергического дерматита. На назначенную дерматологом терапию стойкого положительного эффекта не отметила. В течение последних 2 лет кожный зуд сохранялся, стали появляться периодические тянущие боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, тошнота, послабление стула, эпизодические боли в пояснице, общая слабость. Будучи медицинским работником (работает врачом-физиотерапевтом) расценила их как симптомы дискинезии желчевыводящих путей, по поводу чего самостоятельно принимала но-шпу, эссенциале с незначительным эффектом. В течение последнего месяца стала отмечать усиление кожного зуда, обратила внимание на потемнение мочи, осветление неоформленного (кашицеобразного) кала, желтушность склер и кожных покровов, что и послужило поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ; 4 года назад диагностирован аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние;
- * вредные привычки: курение, злоупотребление алкогольными напитками, прием наркотиков отрицает;
- * заболевание острыми гепатитами отрицает, переливаний крови не проводилось; лекарств постоянно не принимает; наследственный анамнез не отягощен;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергоанамнез – аллергические реакции по типу «крапивницы» на препараты пенициллинового ряда.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести.
- * Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Рост 159 см, вес 62 кг. Индекс массы тела – $24,5 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 82 см. Склеры и видимые слизистые иктеричны. Кожные покровы сухие, желтушные, со следами расчесов, на веках ксантелазмы, гиперпигментация век, пальмарная эритема. Температура тела – $36,7^\circ\text{C}$. Область суставов не изменена, движения в полном объеме. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте, ситуации, заторможена. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.
- * Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм

правильный, на верхушке сердца 1 тон ослаблен, ЧСС – 96 ударов в мин., АД – 120/70 мм. рт. ст.

* Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, увеличен в объеме, отмечается притупление перкуторного звука в боковых отделах (асцит), при пальпации умеренно болезненный по ходу ободочной кишки, урчит. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии на 4 см, край печени плотный, закругленный, безболезненный. Нижний полюс селезенки выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край её плотный, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, дизурии нет.

Необходимыми для постановки диагноза исследованиями являются

- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- заместительной ферментной терапии «по требованию»
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

Размеры печени увеличены, толщина правой доли до 172 мм (норма до 140 мм), левой доли 90 мм (норма до 70 мм), структура диффузно неоднородна, мелкие участки повышенной эхогенности. Контуры неровные, четкие, местами уплотнены. Диаметр воротной вены составляет 16 мм (норма до 15 мм).

Диаметр холедоха – 3 мм. Желчный пузырь не увеличен, размерами 20x70 мм, толщина стенки не увеличена – 2 мм; в полости конкрементов не выявлено.

Размеры поджелудочной железы не увеличены: головка 25 мм, тело 11 мм, хвост 15 мм, контуры ровные, четкие, уплотнены, структура средней эхогенности, однородная. Вирсунгов проток не расширен (2 мм). Селезенка размерами 80x50 мм, площадь 70 см² (норма до 55 см²), контуры ровные, четкие, однородной структуры, диаметр селезеночной вены 9 мм (норма до 8 мм). В брюшной полости лоцируется свободная жидкость. Почки расположены в обычном месте, конкрементов нет, чашечно-лоханочная система не расширена.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена, вены нижней трети пищевода расширены с формированием единичных выступающих в просвет пищевода узлов. Розетка кардии смыкается полностью. Зубчатая линия на уровне пищевода отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи. Складки слизистой оболочки желудка обычного калибра, эластичные, слизистая антрального отдела желудка истончена, прослеживается сосудистый рисунок. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её

бледно-розового цвета. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. Заключение: варикозно расширенные вены пищевода II степени.

Диагностический абдоминальный парацентез с цитологическим и биохимическим исследованием асцитической жидкости

Клинический анализ крови

Общий анализ мочи

Колонофиброскопия

Колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет толстой кишки сохранен на всем протяжении, складки обычной высоты. Слизистая оболочки толстой кишки во всех отделах гладкая, блестящая, розового цвета, сосудистый рисунок четкий, мелковетвистый, полипов, изъязвлений, контактной кровоточивости слизистой оболочки не выявлено.

Необходимыми для постановки диагноза методами лабораторной диагностики являются

- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- заместительной ферментной терапии «по требованию»
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимическое исследование крови

Серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

Коагулограмма

Исследование белковых фракций сыворотки крови

Серологическое исследование крови на антимитохондриальные антитела (АМА)

Фекальный кальпротектин

Чтобы исключить первичную (абсолютную) экзокринную панкреатическую недостаточность, как причину изменения характера стула, необходимо провести

- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- заместительной ферментной терапии «по требованию»
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов

Результаты обследования

Исследование активности эластазы-1 в кале

Общий анализ кала (копрограмма)

Исследование концентрации альфа-1-антитрипсина в кале

Количественное определение содержания жира в кале

Коэффициент абсорбции жира – 90% (референсные значения – не менее 92%)

На основании данных обследования может быть поставлен диагноз

- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- заместительной ферментной терапии «по требованию»
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов

Диагноз

Основное заболевание: Первичный билиарный цирроз печени 4 стадии, класс С по Чайлд – Пью (10 баллов). Портальная гипертензия 2 стадии. **Осложнения:** асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. **Сопутствующие заболевания:** Аутоиммунный тиреодит, эутиреоидное состояние

Основное заболевание: Первичный билиарный цирроз печени 3 стадии, класс А по Чайлд – Пью (5 баллов). Портальная гипертензия 1 стадии. **Сопутствующие заболевания:** Аутоиммунный тиреодит, эутиреоидное состояние

Основное заболевание: Криптогенный цирроз печени, класс С по Чайлд – Пью (10 баллов). Портальная гипертензия 2 стадии. **Осложнения:** асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. **Сопутствующие заболевания:** Аутоиммунный тиреодит, эутиреоидное состояние

Основное заболевание: Неалкогольная жировая болезнь печени: хронический стеатогепатит, умеренной степени активности с интралобулярным холестазом. **Сопутствующие заболевания:** Дисбиоз кишечника. Аутоиммунный тиреодит, эутиреоидное состояние

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня aminотрансфераз (АЛТ, АСТ) характерно для синдрома

- печеночно-клеточной недостаточности
- цитолиза
- иммунного воспаления
- холестаза

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы характерно для синдрома

- цитолиза
- холестаза
- иммунного воспаления
- печеночно-клеточной недостаточности

Препаратом выбора консервативной терапии данного заболевания является

- колхицин
- будесонид
- урсодезоксихолевая кислота
- силимарин

С целью купирования кожного зуда при данном заболевании используют

- рифампицин

- активированный уголь
- лактулозу
- октаэдрический смектит

Консервативная терапия ненапряженного асцита при данном заболевании включает назначение спиронолактона в начальной дозе + _____ + мг/сутки

- 100
- 500
- 300
- 400

Для купирования болей в крупных суставах пациентке показано назначение

- холекальциферола (витамин D~3~) и препаратов кальция
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- хондропротекторов
- курсовой физиотерапии на пораженные суставы

С целью усиления метаболизма аммиака при лечении печеночной энцефалопатии назначают

- лактулозу
- неомицин
- рифаксимин
- L-орнитин-L-аспартат

Оптимальная тактика ведения при резистентном асците и других осложнениях терминальной стадии данного заболевания предполагает

- лактулозу
- неомицин
- рифаксимин
- L-орнитин-L-аспартат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет поступил в стационар в оториноларингологическое отделение.

Жалобы

На сильную головную боль в области лба справа, отечность век, слизисто-гнойные выделения из носа, затруднение носового дыхания.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2 недель. Данные жалобы возникли после

перенесенного ОРВИ. Лечилась самостоятельно: амоксициллин 500 мг 2 раза в день 5 дней, промывала полость носа солевыми растворами.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергическая реакция на раствор йода в виде крапивницы.

Объективный статус

На момент осмотра состояние пациентки средней тяжести, Температура тела 37,8°C. Определяется отёк мягких тканей лба и век справа. При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована определяется гной в среднем носовом ходу справа. Глотка – слизистая оболочка застойно гиперемирована. Небные миндалины в пределах небных дужек, атрофичны., без налетов и включений, задняя стенка глотки с гипертрофированными фолликулами. Гортань – слизистая оболочка розовая, надгортанник развернут, в форме лепестка. Голосовые складки белесые симметрично подвижны, смыкание при фонации полное, дыхание свободной. Голос звонкий. Уши: AD, AS – слуховой проход свободный, барабанная перепонка серо-перламутровая с опознавательными пунктами. Слух ш.р 2м. р.р. 4 м с обеих сторон.

Лабораторное обследование

В анализе крови: Эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 126 г/л; Тромбоциты – $194 \times 10^9/л$; Лейкоциты общее количество- $11,8 \times 10^9/л$; СОЭ-42 мм/ч.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- лактулозу
- неомицин
- рифаксимин
- L-орнитин-L-аспартат

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография околоносовых пазух в носо-подбородочной проекции

МРТ околоносовых пазух

Рентгенография носоглотки в боковой проекции

Средняя риноскопия

Рентгенография околоносовых пазух в носолобной и боковой проекциях выполняется для уточнения состояния в + _____ + пазухе

- решетчатой
- клиновидной
- лобной
- верхнее-челюстной

Ультразвуковое исследование околоносовых пазух используется в основном в скрининговых целях для диагностики воспалительных заболеваний и кист

- верхнечелюстной и лобной пазух
- передних ячеек решетчатой кости и гайморовой пазухи
- задних решетчатой кости и клиновидной пазухи
- передних и средних ячеек решетчатой кости

Какой диагноз можно поставить данной больной на основании данных анамнеза и данных инструментальных методов исследования?

- верхнечелюстной и лобной пазух
- передних ячеек решетчатой кости и гайморовой пазухи
- задних решетчатой кости и клиновидной пазухи
- передних и средних ячеек решетчатой кости

Диагноз

Острый правосторонний гнойный гемисинусит

Острый правосторонний гнойный этмоидит

Острый правосторонний гнойный фронтит

Острый правосторонний гнойный гайморит

Дифференциальную диагностику данного заболевания следует проводить с

- абсцессом перегородки носа
- невралгией тройничного нерва (III ветви)
- невралгией тройничного нерва (II ветви)
- аллергическим ринитом

В качестве консервативного лечения пациентке показано назначение

- левофлоксацина внутрь 500 мг 1 раз в сутки
- кларитромицина внутрь 250-500 мг 2 раза в сутки

- амоксициллина+сульбактама 250 мг 3 раза в сутки
- джозамицина 1000 мг 2 раза в сутки

Промывание полости носа для частичной разгрузки соустьев околоносовых пазух у пациентки необходимо проводить + _____ + раствором

- гипотоническим
- 3% гипертоническим
- изотоническим
- 7% гипертоническим

Местная глюкокортикостероидная терапия заключается в назначении

- флутиказона фуората
- беклометазона
- флутиказона
- мометазона

Данной пациентке показано следующее хирургическое лечение

- эндоскопическая гайморотомия
- пункция правой в/ч пазухи
- экстренная гайморорфронтотомия
- трепанопункция синусов

Обоснованием для проведения лечебной пункции верхнечелюстной пазухи является

- наличие явного гнойного процесса в пазухе
- выраженная гиперемия и отечность слизистой оболочки
- патологическое отделяемое в среднем носовом ходе
- головные боли, фебрильная лихорадка

Из группы муколитических пациентке целесообразно назначение препаратов на основе

- химотрипсина
- бромгексина гидрохлорида
- ацетилцистеина
- амброксола гидрохлорида

Показанием для фронтотомии при острых синуситах является

- химотрипсина
- бромгексина гидрохлорида
- ацетилцистеина
- амброксола гидрохлорида

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет был направлен врачом общей практики на консультацию к врачу-гериатру.

Жалобы

На повышенную утомляемость; мышечную слабость, не позволяющую выполнять физические нагрузки; ухудшение памяти, нарушение сна; чувство тяжести в правом подреберье; увеличение живота в объеме; повышенное газообразование; неоформленный (кашицеобразный) плохо смываемый салыного вида стул до 3-4 раз в день; постоянную тошноту, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания

В течение года отмечает чувство тяжести в правом подреберье, повышенное газообразование, запоры, отсутствие аппетита. В последние 6 месяцев появились выраженная слабость, ухудшение памяти, нарушения сна. В течение месяца перед обращением к врачу появилась выраженная мышечная слабость, усилились тяжесть в правом подреберье, живот стал увеличиваться в объеме, что послужило поводом для обращения в поликлинику по месту жительства. Ранее не лечился, не обследовался.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ; в возрасте 15 лет - аппендектомия;
- * вредные привычки: в течение 20 лет злоупотребляет алкоголем, прием наркотиков отрицает;
- * заболевание острыми гепатитами отрицает, переливаний крови не проводилось; лекарств постоянно не принимает;
- * жена, дети здоровы; наследственный анамнез не отягощен;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести.
- * Больной пониженного питания. Рост 176 см, вес 59 кг, ИМТ 19,0 кг/м², окружность талии 70 см. Склеры нормальной окраски. Кожные покровы лица синюшно багрового цвета с выраженной сосудистой сетью. На коже верхней части туловища множественные «сосудистые звездочки», пальмарная эритема, двухсторонняя контрактура Дюпиитрена. Отмечается увеличение околоушных и молочных желез. Температура тела 36,8^oС. Область суставов не изменена, движения в полном объеме. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте, ситуации, заторможен. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.

* Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, на верхушке сердца 1 тон ослаблен, акцент 2 тона над аортой. ЧСС – 96 ударов в мин., АД – 125/70 мм. рт. ст.

* Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот увеличен в объеме за счет асцита (притупление в боковых отделах), по типу «лягушачьего», при пальпации умеренно болезненный по ходу ободочной кишки, урчит в правых отделах. Печень по срединно-ключичной линии выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край печени плотный, заостренный, слабо чувствительный, поверхность печени гладкая, размеры печени по Курлову 12x10x8 см. Нижний полюс селезенки выступает из-под края реберной дуги на 1 см, плотный, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, дизурии нет.

Для постановки диагноза необходимыми методами исследования являются

- химотрипсина
- бромгексина гидрохлорида
- ацетилцистеина
- амброксола гидрохлорида

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

Размеры печени увеличены, КВР – 170 мм, толщина правой доли до 170 мм (норма до 140 мм), левой доли 120 мм (норма до 70 мм), структура диффузно неоднородна, эхогенность значительно неоднородна с гипо- и гиперэхогенными включениями. Внутривенные желчные протоки не расширены. Диаметр портальной вены составляет 17 мм (норма до 15 мм). Желчный пузырь не увеличен, размерами 20x75 мм, толщина стенки не увеличена; в полости конкрементов не выявлено. Размеры поджелудочной железы увеличены - головка до 42 мм, тело до 33 мм, хвост до 20 мм, с неровными нечеткими контурами, структура гиперэхогенная, неоднородная. Вирсунгов проток расширен (до 4 мм), неравномерный. Селезенка размерами 90x50 мм, площадь 102 см² (норма до 55 см²), однородной структуры, диаметр селезеночной вены 10 мм (норма до 8 мм). Во всех отделах брюшной полости лоцируется свободная жидкость.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена, вены нижней трети пищевода расширены с формированием двух узлов, выступающих в просвет пищевода. Розетка кардии смыкается полностью. Зубчатая линия на уровне пищевода отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи. Складки слизистой оболочки желудка обычного калибра, эластичные, слизистая антрального отдела желудка истончена, прослеживается сосудистый рисунок. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её

бледно-розового цвета. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. На слизистой залуковичного отдела белые точечные высыпания («симптом манной крупы») - лимфангиэктазии.

Заключение: варикозное расширение вен пищевода II степени.

Диагностический абдоминальный парацентез с цитологическим и биохимическим исследованием асцитической жидкости

Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС - 92 в минуту, нормальное положение ЭОС

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровней жидкости в петлях кишечника не прослеживается. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Конкрементов в проекции поджелудочной железы не выявлено. Определяется повышенный пневматоз кишечника.

Колоноскопия

Колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет толстой кишки сохранен на всем протяжении, складки сглажены по высоте – тонус ободочной кишки умеренно снижен. Слизистая оболочки толстой кишки во всех отделах гладкая, блестящая, розового цвета, сосудистый рисунок четкий, мелковетвистый, полипов, изъязвлений, контактной кровоточивости слизистой оболочки не выявлено.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- химотрипсина
- бромгексина гидрохлорида
- ацетилцистеина
- амброксола гидрохлорида

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимическое исследование крови

Серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов В и С

Коагулограмма

Исследование белковых фракций сыворотки крови

Клинический анализ крови

Определение фекального кальпротектина

Для выявления первичной (абсолютной) экзокринной панкреатической недостаточности проводят исследование

- химотрипсина
- бромгексина гидрохлорида
- ацетилцистеина
- амброксола гидрохлорида

Результаты обследования

Активность эластазы-1 в кале

Кал (копрограмма)

Определение концентрации альфа-1-антитрипсина в кале

Количественное определение содержания жира в кале

Коэффициент абсорбции жира – 88% (референсные значения – не менее 92%)

На основании данных обследования может быть поставлен диагноз

- химотрипсина
- бромгексина гидрохлорида
- ацетилцистеина
- амброксола гидрохлорида

Диагноз

Основное заболевание: Алкогольный цирроз печени, класс В по Чайлд – Пью (9 баллов), умеренной степени активности с внутрипеченочным холестазом. Портальная гипертензия: варикозное расширение вен пищевода 2 степени. Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. Сопутствующие заболевания: Хронический алкогольный

панкреатит, диспепсическая форма, с внешнесекреторной панкреатической недостаточностью

**Основное заболевание: Алкогольный цирроз печени, класс А по Чайлд – Пью (6 баллов), умеренной степени активности. Портальная гипертензия
Варикозное расширение вен пищевода 2 степени. Осложнения: асцит.
Сопутствующие заболевания: Хронический алкогольный панкреатит, диспепсическая форма, с внешнесекреторной панкреатической недостаточностью**

**Алкогольная болезнь печени: алкогольный стеатогепатит умеренной степени активности с внутрипеченочным холестазом. Дисбиоз кишечника.
Сопутствующие заболевания: Хронический алкогольный панкреатит, диспепсическая форма, с внешнесекреторной панкреатической недостаточностью**

Алкогольная болезнь печени: острый алкогольный гепатит, умеренной степени активности с гепатоцеллюлярным холестазом. Дисбиоз кишечника. Сопутствующие заболевания: Хронический алкогольный панкреатит, диспепсическая форма, с внешнесекреторной панкреатической недостаточностью

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня АЛТ, АСТ характерно для синдрома

- холестаза
- иммунного воспаления
- печеночно-клеточной недостаточности
- цитолиза

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы и конъюгированной гипербилирубинемии характерно для синдрома

- иммунного воспаления
- цитолиза
- холестаза
- печеночно-клеточной недостаточности

Препаратом выбора для лечения пациента является

- эссенциале
- силимарин
- урсодезоксихолевая кислота
- адеметионин

Сниженный уровень панкреатической эластазы-1 в кале предполагает необходимость назначения

- заместительной ферментной терапии в период обострения заболевания
- заместительной ферментной терапии пожизненно
- диеты с резким снижением содержания жиров и углеводов
- заместительной ферментной терапии «по требованию»

Начальная консервативная терапия ненапряженного асцита включает назначение

- спиронолактона в дозе 300 мг/сутки
- спиронолактона 100 мг/сут
- фуросемида в дозе 120 мг/сутки
- фуросемида в дозе 80 мг/сутки

Максимальная доза спиронолактон и фуросемида для лечения асцита составляет + _____ + соответственно

- 300 мг/сутки и по 80 мг/сутки
- 400 мг/сутки и 160 мг/сутки
- 400 мг/сутки и 320 мг/сутки
- 800 мг/сутки и 160 мг/сутки

При неэффективности 7-дневной интенсивной терапии в разрешении асцита при использовании комбинации спиронолактона 400 мг/сутки и фуросемида 160 мг/сутки рекомендуется

- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- провести лечебный абдоминальный парацентез

Радикальным методом лечения больного с циррозом печени является

- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- провести лечебный абдоминальный парацентез

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет была направлена врачом общей практики на консультацию к врачу-гериатру.

Жалобы

На выраженные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, усиливающиеся после еды и уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед; тошноту; диарею с частотой дефекаций до 5 раз в день с отхождением кала кашицеобразной консистенции с примесью слизи и прожилок крови; повышенное газообразование; урчание в животе

Анамнез заболевания

В течение 17 лет страдает левосторонним язвенным колитом с ежегодными обострениями, по поводу которого проводилась курсовая терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты с положительным эффектом. В последние 3 года помимо обычной клинической картины во время обострения заболевания появились боли в верхней половине живота, тошнота, повышенное газообразование. При ЭГДС был выявлен хронический гастродуоденит. После купирования обострений язвенного колита сохранялся учащенный до 3 раз в день плохо смываемый стул кашицеобразной консистенции, повышенное газообразование. Во время последнего обострения язвенного колита 10 месяцев назад на фоне проводившегося лечения преднизолоном в дозе 30 мг/сутки в течение месяца стул нормализовался, боли вверху живота и метеоризм купировались. В течение последних месяцев получала поддерживающую терапию месалазином по 2 г/сутки. Настоящее ухудшение в течение последних 3 недель, когда после нарушения диеты появились вышеперечисленные жалобы. При проведенной амбулаторно колоноскопии в прямой и сигмовидной кишке выявлены множественные точечные эрозии, смазанный сосудистый рисунок и контактная кровоточивость. Начатая терапия месалазином в клизмах и перорально без значимого положительного эффекта, в связи с чем была направлена на консультацию к врачу-гериатру.

Анамнез жизни

- * перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ; в возрасте 57 лет диагностирован аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние, по поводу которого наблюдается у эндокринолога;
- * вредных привычек нет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние относительно удовлетворительное.
- * Рост 164 см, вес 68 кг. Индекс массы тела – $25,3 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 62 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела – $36,6^{\circ}\text{C}$. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте и ситуации. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.
- * Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм

правильный, шумов нет, ЧСС 68 уд в мин, АД 120/85 мм.рт.ст.

* Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот симметричный, мягкий, увеличен в объеме за счет метеоризма, выраженно болезненный при пальпации в проекции поджелудочной железы, чувствительный при пальпации в левой половине ободочной кишки, слепая кишка урчит при пальпации. Нижний край печени на уровне правой реберной дуги, закруглен, плотно-эластической консистенции, безболезненный, перкуторно размеры печени не увеличены, размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Нижний полюс селезенки не пальпируется. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул неоформленный (кашицеобразный), до 5 раз в сутки, с примесью слизи и прожилками крови.

Наиболее информативным методом инструментальной диагностики, необходимым для постановки диагноза, является

- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- провести лечебный абдоминальный парацентез

Результаты инструментального метода обследования

Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости (с контрастным усилением)

Печень обычно расположена, не увеличена, структура ее относительно однородна. В SVII сегменте печени имеется киста с тонкими стенками, размерами до 13x19 мм в поперечнике. Очаговых изменений в паренхиме печени не выявлено. Сосуды печени не расширены. Ворота печени структурны. Калибр воротной вены 12 мм. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены, без дефектов наполнения.

Желчный пузырь обычно расположен, с изгибом в области шейки, стенка его до 2 мм. Содержимое пузыря неоднородно повышенной интенсивности, без дефектов наполнения. Холедох прослеживается на всем протяжении, не расширен, диаметр его до 6 мм, заполнен гомогенным содержимым без дефектов наполнения.

Поджелудочная железа визуализируется на всем протяжении, размеры ее диффузно увеличены, головка – 49 мм, тело – 40 мм, хвост – 43 мм, контуры неровные, нечеткие, структура диффузно неоднородна с запоздалым накоплением контраста в виде «ободка», диаметр протока поджелудочной железы увеличен до 4 мм, неоднородный на всем протяжении.

Парапанкреатическая клетчатка структурна.

Селезенка обычно расположена, не увеличена, структура паренхимы ее однородна.

Надпочечники обычного расположения, формы и структуры. Паранефральная

клетчатка структурна. Почки обычно расположены, контуры их ровные. Паренхима почек на уровне средней трети толщиной до 22-32 мм, однородной структуры. Синусы почек не расширены. Мочеточники на исследуемом уровне прослеживаются, не расширены.

Петли кишечника заполнены неоднородным кишечным содержимым и газом. Видимых участков утолщения стенок кишечника, подозрительных на инфильтративный, объемный процессы в пределах метода на исследуемом уровне не выявляется.

Свободной жидкости и ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено.

Лимфатические узлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не определяются.

Аорта на исследуемом уровне без особенностей.

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровней жидкости в петлях кишечника не прослеживается. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Конкрементов в проекции поджелудочной железы не выявлено. Повышенный пневматоз ободочной кишки.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Розетка кардии смыкается не полностью. Зубчатая линия на уровне пищевода отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи. Складки слизистой средней величины, эластичные, очагово гиперемированы. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её очагово гиперемирована на вершинах складок. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. На слизистой залуковичного отдела белые точечные высыпания («симптом манной крупы») - лимфангиэктазия. Взята биопсия из антрального отдела желудка. Быстрый уреазный тест на *H.pylori* – положительный (+).

УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена, КВР 140 мм, толщина правой доли 120 мм, левой доли 65 мм, паренхима повышенной эхогенности, структура однородная, воротная вена 11 мм. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, размерами 20x75 мм, с изгибом в области шейки, толщина стенки 2 мм; в полости конкрементов не выявлено. Из-за выраженного пневматоза кишечника поджелудочная железа и общий желчный проток плохо визуализируются. В брюшной полости, в сальниковой сумке свободной жидкости не выявлено. Селезенка размерами 70x40 мм, площадь 35 см², однородной структуры, селезеночная вена не расширена диаметром 6 мм.

Наиболее информативным способом выявления вида и оценки степени экзокринной панкреатической недостаточности в повседневной клинической практике является

- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина

- провести лечебный абдоминальный парацентез

Результаты обследования

Определение активности эластазы-1 в кале

Общий анализ кала (копрограмма)

Определение концентрации альфа-1-антитрипсина в кале

Метод количественного определения содержания жира в кале

Коэффициент абсорбции жира – 87% (референсные значения – не менее 92%)

Для выявления эндокринной недостаточности поджелудочной железы в качестве наиболее информативного скринингового метода лабораторной диагностики используют

- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- провести лечебный абдоминальный парацентез

Результаты лабораторного метода обследования

Определение концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA1c) в крови

Определение концентрации глюкозы в крови натощак

Определение концентрации глюкозы в моче

Биохимическое исследование крови

Исключить аутоиммунный характер поражения поджелудочной железы позволяет исследование

- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- провести лечебный абдоминальный парацентез

Результаты обследования

Уровень гаммаглобулинов сыворотки крови

Уровень IgG сыворотки крови

Уровень IgG4 сыворотки крови

Антинуклеарные антитела

антинуклеарные антитела, результат «положительно»

Антитела к лактоферрину

антитела к лактоферрину результат «обнаружено»

Лейкоциты крови

Лейкоциты крови – $7,6 \times 10^9$

На основании имеющихся данных наиболее вероятным диагнозом основного заболевания является

- продолжить проводимую терапию еще в течение 7 дней
- увеличить дозу используемых препаратов в 2 раза
- добавить к используемой терапии инфузии 10% раствора альбумина
- провести лечебный абдоминальный парацентез

Диагноз

Хронический аутоиммунный панкреатит, болевая форма, фаза обострения, с внешнесекреторной и эндокринной недостаточностью, панкреатогенный сахарный диабет. Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, атака средней тяжести

Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, атака средней тяжести. Хронический гастродуоденит, Helicobacter pylori ассоциированный. Недостаточность кардии

Хронический билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, фаза обострения, с внешнесекреторной и эндокринной недостаточностью, панкреатогенный сахарный диабет. Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, атака средней

тяжести

Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, атака средней тяжести. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке

Характерным признаком первичной (абсолютной) экзокринной панкреатической недостаточности является

+ _____ + в кале

- выявление нейтрального жира
- обнаружение жирных кислот
- выявление мыл
- сниженный уровень панкреатической эластазы-1

Тактика лечения пациентки предусматривает, в дополнение к начатой терапии обострения язвенного колита, назначение

- кишечных антисептиков и пребиотиков
- кортикостероидов
- антибактериальных препаратов против *H. pylori*
- антисекреторных препаратов

Сниженный уровень панкреатической эластазы-1 в кале предполагает необходимость назначения

- пожизненной заместительной ферментной терапии
- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов
- заместительной ферментной терапии «по требованию»
- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания

При неэффективности ненаркотических анальгетиков в купировании интенсивной абдоминальной боли при обострении хронического панкреатита показано

- назначение опиоидных анальгетиков
- курс психотерапии
- хирургическое лечение
- назначение трициклических антидепрессантов

При проведении заместительной ферментной терапии экзокринной панкреатической недостаточности препаратами выбора являются панкреатические ферменты в

- микротаблетированной и минимикросферической форме
- капсулированной форме
- форме порошка

- таблетированной форме

При неэффективности стандартных доз панкреатических ферментов в купировании болевого синдрома при хроническом панкреатите рекомендуется

- пересмотреть режим приема ферментных препаратов
- добавить к терапии антациды
- перейти на терапию панкреатическими ферментами, содержащими компоненты желчи и гемицеллюлазу
- перейти к высокодозной заместительной ферментной терапии или добавить антисекреторные препараты

Максимальная продолжительность консервативной терапии болевого абдоминального синдрома у пациентки составляет

- пересмотреть режим приема ферментных препаратов
- добавить к терапии антациды
- перейти на терапию панкреатическими ферментами, содержащими компоненты желчи и гемицеллюлазу
- перейти к высокодозной заместительной ферментной терапии или добавить антисекреторные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет поступила в отделение реанимации и интенсивной терапии после тотального эндопротезирования левого коленного сустава.

Жалобы

На момент осмотра не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки боли в левом коленном суставе начали беспокоить более 50 лет назад. Постепенно болевой синдром прогрессировал. Лечилась консервативно, с кратковременным положительным эффектом. Настоящее ухудшение около года, когда консервативная терапия перестала приносить выраженный положительный эффект. В связи с усилением болей в левом коленном суставе, пациентка консультирована ортопедом по месту жительства, рекомендовано оперативное лечение - тотальное эндопротезирование левого коленного сустава.

Анамнез жизни

Длительное время отмечает повышение АД с мах до 180/90 мм рт.ст.

Гипотензивную терапию принимает не регулярно, эпизодически эналаприл 5 мг, постоянно принимает – ацетилсалициловую кислоту 100 мг вечером. ОНМК 2009 г, ОИМ – отрицает.

Сопутствующие заболевания: хронический гастрит.

Менопауза в 50 года. Б 1 Р 1.

Социальный статус: образование высшее. Проживает в семье дочери. Вдова. Самостоятельно обслуживает себя.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Пациентка не способна сфокусировать внимание, возбуждена, пытается встать, снять электроды, дезориентирована во времени, месте. Температура тела 36,6°C. Рост 160 см. Вес 65 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Аускультативно: в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 100 в мин. Рс 100 в мин. АД 150/80 мм рт. ст. Печень у края правой реберной дуги. Живот обычной формы мягкий, безболезненный.

Мочеиспускание через уретральный катетер.

Местный статус: отек левого бедра, левой голени умеренный. повязки в области послеоперационной раны левого коленного сустава состоятельны, умеренно пропитаны геморрагическим отделяемым. На перевязке: послеоперационная рана без признаков воспаления, края раны сопоставлены адекватно, швы состоятельны. Произведен туалет раны, наложена асептическая повязка.

Компрессионный трикотаж на нижние конечности.

Результаты комплексной гериатрической оценки (КГО) до оперативного вмешательства: шкала «Возраст не помеха» - 5 баллов. Индекс активности в повседневной жизни (Бартел) – 100 баллов. Инструментальная активность (Лоутон) – 8 баллов. Краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов. Ортостатическая проба – отрицательная. Скорость ходьбы – 0,76 м/с. Тест «встань и иди» - 15 сек. Тест Mini-Cog 1 балл. Тест рисования часов 4 балла. Краткая шкала оценки питания (MNA) – 24 балла. Гериатрическая шкала депрессии 2 баллов. Шкала Нортон 19 баллов. Шкала Морсе 50 баллов. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) 8 баллов. Сенсорные дефициты – снижение зрения, слуха.

Предоперационные факторы риска развития делирия, имеющиеся у пациентки

- пересмотреть режим приема ферментных препаратов
- добавить к терапии антациды
- перейти на терапию панкреатическими ферментами, содержащими компоненты желчи и гемицеллюлазу
- перейти к высокодозной заместительной ферментной терапии или добавить антисекреторные препараты

Результаты

Возраст пациентки старше 65 лет

Возраст пациентки 75 лет

Когнитивные нарушения и сенсорные дефициты

Тест Mini-Cog 1 балл. Сенсорные дефициты – снижение зрения, слуха

Результаты индексов активности в повседневной жизни и инструментальной активности

Индекс Бартел 100 баллов, индекс Лоутон - 8 баллов

Результаты шкалы Морсе

50 баллов

Наличие в анамнезе артериальной гипертензии

Артериальное давление 150/90 мм рт.ст.

Интра- и постоперационные факторы риска развития делирия, имеющиеся у пациентки

- длительность постменопаузы более 10 лет
- результаты краткой шкалы оценки питания (MNA) – 24 балла
- нахождение в условиях стационара и хирургический стресс
- пролежни и трофические нарушения мягких тканей нижних конечностей

Учитывая данные объективного осмотра, можно предположить развитие в раннем послеоперационном периоде

- длительность постменопаузы более 10 лет
- результаты краткой шкалы оценки питания (MNA) – 24 балла
- нахождение в условиях стационара и хирургический стресс
- пролежни и трофические нарушения мягких тканей нижних конечностей

Диагноз

Гиперактивный делирий

Гипоактивный делирий

Сосудистая деменция

Ажитированная депрессия

Для скрининга делирия применяется тест

- Mini-Cog
- MMSE
- CAM-ICU
- МОСА

Наличие синдрома старческой астении у больной подтверждается

- тестом «Встань и иди» - 15 сек
- шкалой Нортон 19 баллов
- краткой батареей тестов физического функционирования – 5 баллов
- тестом Mini-Cog - 1 балл

Для оценки когнитивного статуса необходимо применять

- скрининг MNA
- гериатрическую шкалу депрессии

- шкалу «Возраст не помеха»
- тест Mini-Cog

Противопоказанием к назначению нестероидных противовоспалительных средств у пациентов пожилого и старческого возраста является снижение клиренса креатинина менее + _____ + мл/мин.

- 60
- 50
- 70
- 80

«Золотым стандартом» послеоперационной опиоидной анальгезии является

- морфин
- трамадол
- фентанил
- пропофол

Более безопасным и рекомендуемым для приема в пожилом возрасте атипичным нейролептиком, не оказывающий влияние на интервал QT, является

- рисперидон
- арипипразол
- кветиапин
- оланзапин

Для лечения послеоперационного делирия применяют

- опиоидные анальгетики
- антидепрессанты
- галоперидол
- бензодиазепины

Нефармакологическая профилактика развития делирия у пациентов, находящихся в отделении реанимации, заключается в

- мягкой фиксации
- обильном питье
- поздней активизации
- реориентации

Пациентам с нарушением когнитивного статуса для оценки болевого синдрома применяют + _____ + шкалы

- мягкой фиксации
- обильном питье

- поздней активизации
- реориентации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 82 лет обратился в приемное отделение городской больницы

Жалобы

На общую слабость, головокружение, учащенное сердцебиение, боль за грудиной, возникающую при повышенной физической нагрузке, шаткость походки, снижение чувствительности конечностей, «ползание мурашек»

Анамнез заболевания

В течение двух месяцев беспокоят жалобы на слабость, головокружение, шаткость походки, учащенное сердцебиение, боль за грудиной, возникающую при повышенной физической нагрузке. При обращении в поликлинику по месту жительства в клиническом анализе крови выявлено снижение уровня гемоглобина. По рекомендации терапевта поликлиники в течение десяти дней принимал препараты железа с незначительным положительным эффектом. В течение последних суток отметил резкое ухудшение самочувствия в виде усиления головокружения, что и послужило поводом для обращения в стационар.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания – хронический гастрит.

* Принимает систематически алкоголь (по 200 мл водки 2-3 раза в неделю), питание нерегулярное.

* Пенсионер, профессиональных вредностей не было.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 180 см, масса тела 81 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 20 в 1 мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 94 в 1 мин. АД 112/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: В позе Ромберга неустойчив. Промахивается при проведении пальценосовой пробы. Коленные, ахилловы рефлексы снижены.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- мягкой фиксации
- обильном питье
- поздней активизации
- реориентации

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Биохимический анализ крови

Бактериологическое исследование крови

Рост микрофлоры не обнаружен

Бактериологическое исследование мочи

Рост микрофлоры не обнаружен

Исследование уровня тиреоидных гормонов

ТТГ - 2 мкМЕ/мл (0,4-4,2 мкМЕ/мл)

Т4 – 6 пмоль/л (4,0 – 12,4 пмоль/л)

Определение уровня С-реактивного белка

2 мг/мл (N: 0 - 5 мг/л)

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- мягкой фиксации
- обильном питье
- поздней активизации
- реориентации

Результаты инструментальных методов обследования

Стернальная пункция с проведение цитологического исследования мазка костного мозга (миелограммы)

Ректосигмоколоноскопия

Картина комбинированного геморроя, вне обострения

Эзофагогастродуоденоскопия

Эндоскопическая картина атрофического гастрита, неэрозивного рефлюкс-эзофагита

ЭХО-КГ с доплеровским анализом

Нарушений локальной сократимости не выявлено. Систолическая функция левого желудочка удовлетворительная, диастолическая функция не нарушена.

Умеренная недостаточность митрального клапана, незначительная - аортального, трикуспидального клапанов, клапана легочной артерии. Значимой легочной гипертензии не выявлено.

Ультразвуковое сканирование брахиоцефальных артерий

Гемодинамически значимых стенозов не выявлено

УЗАС вен нижних конечностей

Вены проходимы, клапаны достаточны

Какой предполагаемый основной диагноз?

- мягкой фиксации
- обильном питье
- поздней активизации
- реориентации

Диагноз

V12-дефицитная анемия тяжелой степени

Железодефицитная анемия тяжелой степени

Апластическая анемия

Фолиеводефицитная анемия тяжелой степени

Предполагаемым осложнением будет развитие у пациента

- полинейропатии токсического генеза
- ишемического поражения нижних конечностей
- хронической гипоксии головного мозга
- фуникулярного миелоза

Этиотропным препаратом, необходимым для лечения данного больного, является

- фолиевая кислота
- цианокобаламин
- эритропоэтин
- пероральные формы препаратов железа

Пациенту с установленным диагнозом V12-дефицитной анемии и неврологической симптоматикой показано назначение цианокобаламина в дозе + _____ + мкг/сут в первую неделю ежедневно

- 1000-1500
- 100-200
- 50-75
- 400-500

Контроль показателей клинического анализа крови для оценки эффективности лечения выполняется на + _____ + день

- 10-14
- 14-21
- 5-7
- 7 - 9

При лечении В12-дефицитной анемии на адекватность проводимой терапии указывает

- уменьшение анизоцитоза и увеличение уровня гемоглобина
- нормализация показателя ЛДГ и увеличение количества ретикулоцитов
- увеличение уровня витамина В12 в крови
- снижение уровня прямого и непрямого билирубина

Пациентам из группы риска развития В12 дефицитной анемии рекомендованы профилактические курсы витамина В12 в дозе + _____ + мкг/сутки по 5-15 инъекций препарата на курс + _____ +

- 500; пожизненно
- 500; в течение 2-х лет
- 100; пожизненно
- 500; 1 раз в 2 года пожизненно

Продуктами, рекомендованными к употреблению пациентам с дефицитом витамина В12, являются

- просо, пшено, гречневая каша, кукуруза
- соя, горох, чечевица, фасоль и другие бобовые культуры
- свежие овощи, зелень, фрукты, ягоды
- печень, говядина, яйца, молоко

Нуждаются в наблюдении и профилактики на предмет В12-дефицитной анемии

- пациенты после операций на прямой кишке
- лица, работающие в металлургии
- пациенты после гастрэктомии или бариатрических операций
- лица, соблюдающие белковую диету

При нехватке в организме витамина В12 развивается глоссит, появляются слабость в конечностях и другие неврологические нарушения, в большей мере свойственные

- пациенты после операций на прямой кишке
- лица, работающие в металлургии
- пациенты после гастрэктомии или бариатрических операций
- лица, соблюдающие белковую диету

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 74 лет направлен терапевтом поликлиники на консультацию к гериатру.

Жалобы

Неустойчивость, шаткость при ходьбе, боли в коленных суставах, страх падений, учащенное мочеиспускание небольшими порциями в ночное время (встает 3 раза за ночь), снижение зрения.

Анамнез заболевания

Отмечает неустойчивость, шаткость при ходьбе в течение последнего года, за это время – 3 эпизода падений дома (2 раза в ванной, 1 раз в комнате), которые заканчивались ушибами и гематомами. Переломов не было. После этого развился страх падений, в связи с чем боится выходить на улицу, особенно в зимнее время. Боли в коленных суставах отмечает в течение 10 лет с тенденцией усиления болевого синдрома. Использует только местные формы НПВП (мази, кремы). Наблюдается у уролога с диагнозом ДГПЖ, лекарственные препараты пациент не принимает. Снижение зрения в течение 2 лет, консультирован офтальмологом, диагностирована катаракта.

Анамнез жизни

* Гипертоническая болезнь с редкими подъемами АД до 160/100 мм.рт.ст.

Принимает эналаприл 20 мг в сутки.

* Остеоартрит в течение 15 лет, базисную терапию не получает.

* Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ПСА контролирует.

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Профессиональных вредностей не имел.

* Аллергических реакций не было.

* Отец умер от рака предстательной железы, мать умерла от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 92 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС 68 в 1 мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Внешне коленные суставы имеют варусную деформацию, объем движений снижен, безболезненные при пальпации. Ходит короткими шагами, с короткими остановками. Шкала «Возраст не помеха» - 4 балла. Шкала оценки риска падений Морсе 50 баллов.

Обязательные методы обследования при наличии синдрома падений

- пациенты после операций на прямой кишке
- лица, работающие в металлургии
- пациенты после гастрэктомии или бариатрических операций
- лица, соблюдающие белковую диету

Результаты обследования

Оценка остроты зрения

Заключение офтальмолога: зрелая катаракта правого глаза, незрелая катаракта левого глаза

Оценка силы мышц нижних конечностей

Тест вставания со стула 5 раз без помощи рук – 18 секунд

Оценка слуха

Тест с шепотной речью выполнен удовлетворительно

Оценка депрессии

Шкала депрессии PHQ-9- 2 балла, минимальная депрессия

Определение уровня витамина В12 в сыворотке крови

320 нг/л (N 200-1000 нг/л)

Компонентами тестов физического функционирования, составляющих краткий комплекс функциональных тестов для оценки риска падений, являются

- пациенты после операций на прямой кишке
- лица, работающие в металлургии
- пациенты после гастрэктомии или бариатрических операций
- лица, соблюдающие белковую диету

Результаты

Определение скорости ходьбы на 6 метров

Скорость ходьбы 0,82 м/с

Тест вставания со стула 5 раз без помощи рук

Тест вставания со стула 5 раз – 18,62 секунд

Тандемный тест в трех позициях стоп

Тандемное положение – 7,82 сек, полутандемное положение – 10 сек, положение стопы вместе – 10 сек

Тест «Встань и иди»

27 сек

Функциональный тест достижимости

9 см

Оценка устойчивости в позе Ромберга

30 секунд

Пациенту необходимо назначить консультацию

- невролога
- офтальмолога
- ревматолога
- кардиолога

Для определения стадии остеоартрита пациенту необходимо выполнить

- общий анализ крови, СРБ
- заполнение опросника WOMAC
- консультацию ревматолога
- рентгенографию коленных суставов

Полученный результат 50 баллов по шкале Морсе при оценке риска падений у данного пациента можно интерпретировать как + _____ + риск падений

- очень высокий
- низкий
- средний
- высокий

Общий балл по шкале «Возраст не помеха» свидетельствует о наличии

- очень высокий
- низкий
- средний
- высокий

Диагноз

Преастения

Старческая астения

Тяжелая старческая астения

"Крепкий" пациент

Для снижения шаткости и неустойчивости при ходьбе пациенту необходимо назначить

- акваэробика
- физические упражнения на тренировку баланса и равновесия
- физические упражнения на тренировку выносливости
- кардиоупражнения

Медикаментозной коррекцией риска падений будет назначение + _____ + в профилактической дозе

- комплекса витаминов группы В (В1, В6, В12)
- альфатокоферола
- ретинола
- колекальциферола

Симптоматической медленнодействующей терапией остеоартрита будет назначение

- диклофенака
- дулоксетина
- парацетамола

- хондроитина сульфата

Медикаментозная коррекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы включает назначение

- ингибиторов системы РААС
- бета-адреноблокаторов
- альфа-адреноблокаторов
- блокаторов кальциевых каналов

Рекомендацией по организации и обустройству домашнего быта с целью профилактики повторных падений будет

- увеличение высоты унитаза
- ношение тапочек без задника
- использование ковров на пол
- установка поручня в санузле

Мероприятием по снижению риска повторных падений является

- увеличение высоты унитаза
- ношение тапочек без задника
- использование ковров на пол
- установка поручня в санузле

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 78 лет направлена терапевтом поликлиники на консультацию к гериатру.

Жалобы

Слабость, шаткость при ходьбе, боли в поясничном отделе позвоночника, беспричинное грустное настроение.

Анамнез заболевания

Пациентка живет одна, не чаще 1 раза в месяц выходит на улицу, продукты приносят дети, проживающие отдельно в этом же городе. В течение последнего года 2 эпизода падений дома, 2 - на улице, последнее осложнилось переломом дистального отдела предплечья. По поводу чего выполнена гипсовая иммобилизация. В связи с болевым синдромом принимает бесконтрольно НПВП. В течение последнего года отмечает плохое настроение, беспричинную грусть.

Анамнез жизни

* гипертоническая болезнь с подъемами АД до 180/100 мм.рт.ст. Принимает лозартан 25 мг в сутки, амлодипин 10 мг в сутки;

* 3 года назад диагностирован остеопороз, ранее принимала препараты кальция с витамином D 2 таблетки в сутки;

- * менопауза с 44 лет, хирургическая (экстирпация матки по поводу множественной миомы), менопаузальную гормональную терапию (МГТ) не получала;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 156 см, масса тела 70 кг, ИМТ 28.76 кг/м². Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС 78 в мин, АД 140/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул склонен к запорам. Суставы нижних конечностей внешне не изменены, безболезненные при пальпации. При осмотре стоп – деформация по типу hallus valgus 2 степени.

Общий балл шкалы «Возраст не помеха» - 3. Индекс Бартела – 70 баллов. По индексу FRAX 10-летняя вероятность основных остеопоротических переломов - 27%, перелома бедренной кости - 10,4%. Время выполнения теста «Встань и иди» - 34 секунды.

Дополнительные тесты для диагностики старческой астении с учетом полученных результатов по шкале «Возраст не помеха»

- увеличение высоты унитаза
- ношение тапочек без задника
- использование ковров на пол
- установка поручня в санузле

Результаты

Тест Мини-Ког

С подсказкой вспомнила все 3 слова, часы на 1 баллов из 1

Динамометрия

Мышечная сила 15 кг

Краткая батарея тестов физического функционирования

Скорость ходьбы 0,75 м/с (6 метров за 8 секунд)

тест вставания со стула 5 раз без помощи рук – 21 секунд

полутандемное положение – 9,1 сек

Шкала Лоутона

6 баллов – умеренное снижение

Шкала SARC-F

6 баллов - саркопения

Шкала ВАШ

30 баллов

Факторами риска падений у данной пациентки будут

- увеличение высоты унитаза
- ношение тапочек без задника
- использование ковров на пол

- установка поручня в санузле

Результаты

Хронический болевой синдром

Интенсивность боли по ВАШ 30 мм

Низкая физическая активность

Пациентка 1 раз в месяц выходит на улицу

Случаи падений в анамнезе

У пациентки 4 падения за последний год

Женский пол и возраст 78 лет

Пациентка женского пола и старческого возраста

Нарушения сна

Индекс выраженности бессоницы – 6 баллов, нарушений сна нет

Высокий индекс массы тела

ИМТ пациентки 28,8 кг/м², что соответствует нормальному значению ИМТ.

Дополнительным обследованием пациентки в связи бесконтрольным приемом НПВП будет выполнение

- флюорографии
- УЗИ органов брюшной полости
- ЭГДС
- общего анализа крови

Дополнительным обследованием пациентки в связи с болями в поясничном отделе позвоночника является

- ультразвуковое исследование почек
- колоноскопия
- рентгенологическое исследование грудного и поясничного отделов позвоночника (Th4-L5)
- сцинтиграфия позвоночника

Интерпретируйте полученный у пациентки результат по шкале «Возраст не помеха»

- преастения
- тяжелая старческая астения
- старческая астения
- крепкий пациент

Согласно результатам комплексной гериатрической оценки можно поставить диагноз

- преастения
- тяжелая старческая астения
- старческая астения

- крепкий пациент

Диагноз

Старческая астения

Преастения

Депрессивный синдром

Нарушения когнитивных функций

У пациентки индекс Бартела – 70 баллов. Интерпретируйте полученный результат

- легкая зависимость
- полная зависимость
- умеренная зависимость
- выраженная зависимость

Немедикаментозной профилактикой риска падений будут

- низкокалорийное питание
- регулярные физические упражнения
- проживание самостоятельно в отдельной квартире
- регулярное санаторно-курортное лечение

Из принимаемых пациенткой препаратов, риск падения повышают

- амлодипин
- лозартан
- препараты кальция с витамином D
- НПВП

Тактика ведения пациента с учетом индекса FRAX

- назначение остеопоротической терапии с обязательным предварительным проведением денситометрии
- назначение остеопоротической терапии без обязательного предварительного проведения денситометрии
- динамическое наблюдение пациентки с ежегодной оценкой индекса FRAX и проведением денситометрии
- использование колекальциферола 10000 МЕ в неделю

С остеопоротическими препаратами для лечения остеопороза необходимо назначить

- препараты кальция и витамина D

- продукты, богатые кальцием и белком
- препараты кальция
- витамин D

Консервативным методом лечения деформации по типу hallus valgus у данной пациентки будет

- препараты кальция и витамина D
- продукты, богатые кальцием и белком
- препараты кальция
- витамин D

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 81 года, проживающая самостоятельно, пришла на прием к врачу-гериатру с сыном

Жалобы

Сын обеспокоен тем, что в последнее время пациентка стала значительно менее активной, реже выходит на улицу на прогулки и за продуктами, стала с трудом передвигаться по дому, похудела.

Анамнез заболевания

Постепенное снижение активности наблюдается в течение последних 3,5 мес после перенесенного гриппа, когда пациентка около 10 дней была вынуждена провести практически на постельном режиме дома. За время болезни похудела на 4 кг, потом набрала 1,5 кг.

Анамнез жизни

- * проживает одна в 2-х комнатной квартире на 3-ем этаже 5-ти этажного дома без лифта;
- * вдова в течение 7 лет;
- * в прошлом преподаватель физико-математического факультета университета, прекратила работать в 72 года;
- * длительный анамнез артериальной гипертонии, по поводу которой принимает амлодипин 5 мг/сутки, эналаприл 20 мг/сутки;
- * инфарктов миокарда, инсультов не было.
- * не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

- * Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 3 балла.
- * Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 66,2 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.
- * Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин.
- * Тоны сердца ритмичные, шумы над областью сердца, сонных артерий не выслушиваются. ЧСС 72 в 1 мин. АД лежа 142/74 мм рт. ст., стоя через 1 минуту 133/70 мм рт.ст., через 2 мин 137/72 мм рт.ст., через 3 мин 145/73 мм

рт.ст.

* Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

* Центральная нервная система: очаговых симптомов нет. Зрение снижено.

Слух не снижен.

Обязательное обследование для установления диагноза старческой астении на данном этапе включает

- препараты кальция и витамина D
- продукты, богатые кальцием и белком
- препараты кальция
- витамин D

Результаты обследования

Скрининг когнитивных нарушений с использованием теста «Мини-ког»

Воспроизведение слов: 3 из 3

Тест рисования часов: 2 балла

Результат теста: 5 баллов

Выполнение краткой батареи тестов физического функционирования

Тест на равновесие: в полутандемном положении стоп 8,5 с

Скорость ходьбы на 4 м: 0,72 м/с

Тест с 5 подъемами со стула: 13,6 с

Рентгенография легких

Заключение: очаговых и инфильтративных теней не выявлено

Оценка по шкале спутанности сознания

Делирия нет

Тест «Встань и иди»

10,3 с

С учетом полученных данных дальнейшее обследование включает

- препараты кальция и витамина D
- продукты, богатые кальцием и белком
- препараты кальция
- витамин D

Результаты обследования

Проведение комплексной гериатрической оценки

Краткая шкала оценки питания 22/30 балла

Инструментальная активность по шкале Лоутон 7/8 баллов

Базовая функциональная активность по шкале Бартел 95/100 баллов

Монреальская шкала оценки когнитивных функций 27/30 баллов

Гериатрическая шкала депрессии 3/15 балла

Выполнение эхокардиографии

Размер и объем левого предсердия в пределах нормы. Гипертрофия левого желудочка (индекс массы миокарда 112 г/м²). Створки аортального клапана

уплотнены, без признаков стеноза, регургитация отсутствует. Створки митрального клапана уплотнены, митральная регургитация 1 степени. Признаки нарушения релаксации левого желудочка. Фракция выброса левого желудочка 62%

Выполнение ультразвукового исследования брюшной полости

Признаков патологии органов брюшной полости не выявлено

Выполнение теста 6-минутной ходьбы

Пациентка устала через 2 минуты ходьбы, пройдя 83 м, и отказалась продолжать тест

Необходимые лабораторные методы исследования при старческой астении включают

- препараты кальция и витамина D
- продукты, богатые кальцием и белком
- препараты кальция
- витамин D

Результаты лабораторных методов обследования

Определение концентрации тиреотропного гормона

4,1 мкМЕ/мл (N: 0,4-10 мкМЕ/мл)

Определение концентрации витамина 25(OH) D3

22 нг/мл (N: 30-100 нг/мл)

Определение уровня гемоглобина

Hb 122 г/л (N: 120-150 г/л)

Определение уровня витамина B12

512 пг/мл (N 191-663 пг/мл)

Общий анализ мочи

Цвет: соломенно-желтый

Относительная плотность 1016

Лейкоциты 0-1-2 в поле зрения

Эритроциты 0-0-1 в поле зрения

Белок – нет

Определение отношения альбумин/креатинин в разовой порции мочи

12 мг/дл (N 0-30 мг/дл)

Результат краткой батареи тестов физического функционирования следует интерпретировать как

- препараты кальция и витамина D
- продукты, богатые кальцием и белком
- препараты кальция
- витамин D

Диагноз

Старческая астения

Преастения

Отсутствие старческой астении

Детренированность

Результаты оценки базовой функциональной активности по шкале Бартел соответствуют

- умеренной зависимости
- легкой степени зависимости
- отсутствию зависимости
- тяжелой зависимости

Результаты оценки инструментально функциональной активности по шкале Лоутона соответствуют

- легкой степени зависимости
- независимости
- умеренной зависимости
- полной зависимости

Результат оценки риска мальнутриции по шкале краткой оценки питания соответствует

- риску мальнутриции
- высокому риску мальнутриции
- отсутствию риска мальнутриции
- нормальному статусу питания

Результат оценки когнитивных функций при тестировании по монреальской шкале оценки когнитивных функций соответствует

- легким когнитивным нарушениям
- деменции
- умеренным когнитивным нарушениям
- норме

Учитывая уровень витамина 25(OH)D~3~, пациентке необходимо начать лечение колекальциферолом в ежедневной дозе + _____ + ME

- 50 000
- 2 500
- 1 000
- 8 000

На данном этапе рекомендуемые виды физической активности включают

- тренировку равновесия и силы
- быструю ходьбу
- бег на средние дистанции
- плавание брассом

Рекомендации по питанию у данной пациентки должны обязательно включать

- ограничение употребления животного белка
- потребление соли менее 5 г/сутки
- пищевые добавки, обогащенные витамином С
- потребление белка не менее 1,0-1,5 г на 1 кг массы тела

Рекомендуемые меры профилактики падений у пациентки включают

- ограничение употребления животного белка
- потребление соли менее 5 г/сутки
- пищевые добавки, обогащенные витамином С
- потребление белка не менее 1,0-1,5 г на 1 кг массы тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 77 лет направлена врачом общей практики в гериатрический кабинет в связи с тем, что по шкале «Возраст не помеха» пациентка набрала 5 баллов. Пришла в сопровождении дочери.

Жалобы

Пациентку беспокоят быстрая утомляемость («я совсем без сил»), апатия, что стало сложно заставить себя выходить на улицу для прогулки. Дочь обеспокоена тем, что мать «тает на глазах», «утратила интерес к жизни».

Анамнез заболевания

Изменения в состоянии отмечает в течение полугода, после смерти мужа. Стала мало выходить из дома, меньше общается с подругами и семьей. Снижился аппетит, похудела более чем на 5 кг

Анамнез жизни

- * проживает с дочерью и ее семьей (муж, ребенок-подросток)
- * не курит, алкоголь не употребляет
- * в прошлом экскурсовод в музее. Прекратила работать год назад, т.к. потребовался уход за внезапно тяжело заболевшим мужем.
- * до болезни мужа была очень активна, 2-3 раза в месяц ходила с ним в театр, на концерты, вместе увлекались скандинавской ходьбой
- * ранее считала себя практически здоровым человеком, лекарств не принимала.

Объективный статус

* Рост 168 см, масса тела 56,3 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Объем подкожной жировой клетчатки снижен. Периферических отеков нет.

- * Крупные суставы не деформированы, безболезненны, объем движений полных. Незначительная вальгусная деформация стоп.
- * Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин.
- * Тоны сердца ритмичные, шумы над областью сердца, сонных артерий не выслушиваются. ЧСС 70 уд в 1 мин. АД лежа 132/70 мм рт. ст., стоя через 1 минуту 125/67 мм рт.ст., через 2 мин 131/70 мм рт.ст., через 3 мин 129/66 мм рт.ст.
- * Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
- * Центральная нервная система: очаговых симптомов нет. Зрение снижено. Слух не снижен.

К обязательным методам исследования для установления диагноза старческой астении в данной ситуации относится

- ограничение употребления животного белка
- потребление соли менее 5 г/сутки
- пищевые добавки, обогащенные витамином С
- потребление белка не менее 1,0-1,5 г на 1 кг массы тела

Результаты обследования

Комплексная гериатрическая оценка

Краткая батарея тестов физического функционирования:

Тест на равновесие: в тандемном положении стоп 7,2 с,

Скорость ходьбы на 4 м 0,8 м/с, тест с 5 подъемами со стула 14,2 с

Краткая шкала оценки питания (скрининговая часть) 3/14 балла

Инструментальная активность по шкале Лоутон 8/8 баллов

Базовая функциональная активность по шкале Бартел 100/100 баллов

Монреальская шкала оценки когнитивных функций 28/30 баллов

Гериатрическая шкала депрессии 7/15 баллов

Оценка индекса коморбидности Чарлсона

4 балла

Шкала WOMAC

0 баллов

Опросник Бека

22 балла

Результат (в баллах) краткой батареи тестов физического функционирования у пациентки составляет

- 6
- 10
- 8
- 4

Полученный результат краткой батареи тестов физического функционирования соответствует

- детренированности

- преастении
- старческой астении
- отсутствию старческой астении

По скрининговой части краткой шкалы оценки питания пациентка набрала 3 из 14 баллов, поэтому следует

- перейти на оценку с использованием другой шкалы оценки питания
- не продолжать дальнейшую оценку по этой шкале, т.к. уже выявлено отсутствие мальнутриции
- не продолжать использование этой шкалы, т.к. уже выявлена мальнутриция
- продолжить оценку по следующей части шкалы

Результат оценки по шкале Бартел (100 баллов) указывает на + _____ + в повседневной функциональной активности

- тяжелую зависимость
- умеренную зависимость
- отсутствие зависимости
- легкую зависимость

Результат оценки по шкале Лоутона (8 из 8 баллов) указывает на + _____ + в инструментальной активности

- легкую зависимость
- полную независимость
- полную зависимость
- умеренную зависимость

Результат оценки по монреальской шкале оценки когнитивных функций (28 из 30 баллов) указывает на

- умеренные когнитивные нарушения
- деменцию
- сохранный когнитивный статус
- легкие когнитивные нарушения

Результат оценки по гериатрической шкале депрессии (7 из 15 баллов) указывает на

- тяжелую депрессию
- отсутствие депрессии
- вероятную депрессию
- умеренную депрессию

Для дальнейшей оценки и ведения пациентки в мультидисциплинарную команду необходимо включить врача

- кардиолога
- ортопеда
- диетолога
- психотерапевта

Лабораторные тесты, необходимые для оценки выявленных гериатрических синдромов, включают

- кардиолога
- ортопеда
- диетолога
- психотерапевта

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование концентрации тиреотропного гормона в сыворотке
3,8 мкМЕ/мл (N 0,4-10 мкМЕ/мл)

Определение концентрации общего белка и альбумина в сыворотке
Общий белок 67 г/л (N 64-83 г/л), альбумин 39 г/л (35-50 г/л)

Определение уровня гемоглобина
Hb 125 г/л (N 120-150 г/л)

Определение активности щелочной фосфатазы в сыворотке
44 ед/л (N 30-110 ед/л)

Определение концентрации общего билирубина в сыворотке
11,2 мкмоль/л (N 8,5-20,1% мкмоль/л)

Общий анализ мочи

Цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1012, лейкоциты 0-2-2, эритроциты 0-0-1, белок - нет

Рекомендуемые виды физической активности на данном этапе включают

- плавание кролем
- бег на тренажере
- езду на велосипеде
- тренировки равновесия и силы

Для данной пациентки основной рекомендацией по питанию является

- плавание кролем
- бег на тренажере
- езду на велосипеде
- тренировки равновесия и силы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме врача - гериатра мужчина 92 лет с внучкой.

Жалобы

Внучка и сам пациент беспокоены нарастанием общей слабости и постепенной потерей веса на 10 кг за последние 2 года. При активном расспросе пациент отмечает эпизоды удушья и затруднения дыхания на вдохе, которые усиливаются после приема пищи, кашель во время и после приема пищи, обильное слюноотделение.

Анамнез заболевания

В возрасте 84 лет пациент, после ингаляции антисептика гексэтидина, перенес ангионевротический отек, острый флегмонозный ларингит, с развитием стеноза гортани 3 степени, парезом гортани, в связи с чем - трахеостомия, проводилась искусственная вентиляция легких, на фоне которой перенес нозокомиальную пневмонию. Пациент был деканюлирован через месяц, через 2 месяца был выписан домой.

В течение последних нескольких лет появился и стал нарастать кашель и затруднение дыхания после приема пищи, обильное слюноотделение, постепенно стал снижаться аппетит, пациент стал терять в весе, испытывать трудности при передвижении, стал неустойчив, перестал один выходить из дома. За последний год несколько раз падал дома без потери сознания. Переломов не было.

Получает терапию: бисопрол 5 мг, амлодипин 5 мг, винпоцетин 2 таблетки, препарат сены, тамсулозин, курсами принимает цитиколин.

Анамнез жизни

* Гипертоническая болезнь в течение много лет, максимальные цифры АД 160/100 мм рт. ст., адаптирован к 130/70 мм рт.ст.

* Более 10 лет - сахарный диабет 2 типа, соблюдает диету. Гликированный гемоглобин 5,2%.

* В возрасте 30 лет - резекция полипа прямой кишки. Колоноскопия со слов пациента проводилась около 10-ти лет назад - без клинически значимой патологии.

* В 70 лет - резекция аденомы предстательной железы.

* По профессии – инженер.

* Проживает с женой. Есть помощница по дому.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

* Вес 68 кг. Рост 182 см (рост снизился на 5 см по сравнению с ростом в молодом возрасте). Индекс массы тела 20,5 кг/м². Выраженный грудной кифоз.

* Тургор кожи снижен. Подкожный жировой слой развит недостаточно, Мышечная сила симметрично снижена. Слизистые розовые. Язык суховат. Не менее 2/3 зубов сохранены.

* Дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы, хрипов нет.

* Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота пульса 76 в мин. АД сидя 100/60 мм рт. ст.

* Живот мягкий, пальпируются поддутые петли кишечника. Отеков нет.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в 2 дня - на фоне приема слабительного.

Результаты комплексной гериатрической оценки:

- * Шкала Лоутона 3/8 баллов
- * Скорость ходьбы 0,6 м/с. Ходит по дому без трости, при ходьбе неустойчив.
- * Краткая батарея тестов физического функционирования 5 баллов
- * Гериатрическая шкала депрессии - 5/15 баллов
- * Монреальская шкала оценки когнитивных функций 28 из 30 баллов (из задания на запоминание вспомнил 2 слова из 5 с подсказками)
- * Тест рисования часов 9 из 10 баллов

Для оценки наличия у пациента синдрома мальнутриции необходимо использовать

- плавание кролем
- бег на тренажере
- езду на велосипеде
- тренировки равновесия и силы

Результаты обследования

Краткая шкала оценки питания

17 из 30 баллов

Индекс Бартел

95 баллов

Краткая батарея тестов физического функционирования

5 баллов

Тест на 5-кратный подъем со стула

не может встать со стула без помощи рук

При подозрении на наличие синдрома мальнутриции в биохимическом анализе крови необходимо оценить уровень

- плавание кролем
- бег на тренажере
- езду на велосипеде
- тренировки равновесия и силы

Результаты обследования

Общий белок

65 г/л

Альбумин

30 г/л (норма 35-53 г/л)

Общий холестерин

4,4 ммоль/л (норма 3,5-5,5 ммоль/л)

Креатинин

72 мкмоль/л (норма 65-115 мкмоль/л)

Мочевина

6,5 ммоль/л (норма 3,70-7,40 ммоль/л)

В качестве показателя для назначения активной нутриционной поддержки необходимо оценить уровень

- плавание кролем
- бег на тренажере
- езду на велосипеде
- тренировки равновесия и силы

Результаты обследования

Абсолютное число лимфоцитов

< 1200 мкл

Гемоглобин

130 г/л

Лейкоциты

$4,5 \cdot 10^9 / \text{л}$

Нейтрофилы

63 %

Для подтверждения наличия у пациента дисфагии необходимо выполнить

- плавание кролем
- бег на тренажере
- езду на велосипеде
- тренировки равновесия и силы

Результаты обследования

Видеофлюороскопия

Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим для контрастной массы, прохождение ее не замедленно

На протяжении всего исследования задержка бариевой взвеси в валекуле и грушевидном синусе справа (показано стрелкой).

Заброс бариевой взвеси в верхнюю треть трахеи (до бифуркации не доходит).

Кардия полностью не смыкается. Множественные эпизоды гастро-эзофагеального рефлюкса.

Рентгенография органов грудной клетки

Органы грудной клетки без очаговых и инфильтративных изменений.

Возрастной пневмосклероз.

ЭХО-кардиография

Фракция выброса 63%. Камеры сердца не расширены. Аортальная регургитация 1 ст. Митральная регургитация 1 ст. Толщина межжелудочковой перегородки 12 мм.

Эзофагогастродуоденоскопия

Эндоскоп свободно проведен в пищевод, стенки его эластичные, слизистая его обычной окраски. Z линия на расстоянии 40 см от резцов. Розетка кардии сомкнута. Слизистая желудка умеренно истончена. Перистальтика прослеживается. Складки среднего калибра. Привратник не смыкается, проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки с эластичными стенками, слизистая розовая. Постбульбарные отделы без особенностей.

Характерным клиническим симптомом рото-глоточной дисфагии, помимо кашля, у данного пациента является

- удушье
- снижение аппетита
- констипационный синдром
- синдром падений

На основании клинической картины можно предположить развитие такого осложнения дисфагии, как

- когнитивные нарушения
- полипрагмазия
- недостаточность питания
- остеопороз

Из гериатрических синдромов, помимо дисфагии и мальнутриции, у пациента есть

- когнитивные нарушения
- полипрагмазия
- недостаточность питания
- остеопороз

Диагноз

Старческая астения

Депрессия

Тяжелые когнитивные нарушения

Выраженная зависимость от посторонней помощи

Для коррекции дисфагии необходимо

- изменение характера приготовления и приема пищи
- зондовое питание
- физиотерапевтическое лечение
- медикаментозное лечение препаратами с антихолинергической активностью

Коррекция белково-энергетической недостаточности у пациента должна строиться на применении

- желудочного зонда для питания
- высококалорийной пищи
- парентерального питания

- назогастрального зонда для принятия пищи

Оптимальной суточной нормой потребления белка для данного пациента является + _____ + грамм / кг массы тела в сутки

- 1,5-2,0
- 1,2-1,5
- 0,8
- 0,8-1,0

Критерием эффективности лечения недостаточности питания будет являться

- восстановление регулярного стула
- повышение массы тела
- стабильно низкий вес больного, отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования

Препаратом, принимаемым пациентом и способствующим развитию лекарственно-индуцированной мальнутриции, может быть

- восстановление регулярного стула
- повышение массы тела
- стабильно низкий вес больного, отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 79 лет находился в гериатрическом отделении стационара.

Жалобы

На одышку при малой физической нагрузке, отеки голеней, снижение слуха, памяти, зрения, боли в коленных суставах.

Анамнез заболевания

Длительное время страдает хроническим бронхитом, систематически принимает сальбутамол, беклазон. В 2006 г. перенес правостороннюю верхнедолевую пневмонию. Ухудшение состояния в течение последних 5 дней, когда усилилась одышка в покое и при незначительной физической нагрузке.

Анамнез жизни

* Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4.

* ИБС. Стентирование передней межжелудочковой ветви в 2016г. Постоянная форма фибрилляции предсердий.

* ХСН II А стадии, II ФК (NYHA).

- * Хронический бронхит курильщика.
- * Инфаркт миокарда, инсульт отрицает.
- * Стаж курения 60 лет, не курит с 2014г., алкоголем не злоупотребляет.
- * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести. Рост 180 см, масса тела 87 кг. Ходит медленно с опорой на трость, себя обслуживает. Невыраженный цианоз губ. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеки голеней.
- * Система органов дыхания: грудная клетка бочкообразная. Границы легких в пределах нормы. Коробочный перкуторный звук над всей поверхностью легких. Дыхание диффузно ослабленное, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы, ЧДД 19 в 1 мин.
- * Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена. Смещение границ сердца влево. Тоны приглушены, аритмичные. ЧСС ~ 68 уд/мин. АД 130/80 мм рт.ст.
- * Система пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.
- * Система мочеиспускания: область почек не изменена, мочеиспускание свободное, учащенное, безболезненное, контролирует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- * Неврологический статус: больной контактен, ориентирован в пространстве и времени. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

В данной клинической ситуации больному необходимо провести обследование, включающее

- восстановление регулярного стула
- повышение массы тела
- стабильно низкий вес больного, отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования

Результаты обследования

Спирометрия

Заключение: Выявляются обструктивные нарушения вентиляции. Обструкция генерализованная значительная.

Бронходилатационный тест

Бронходилатационный тест с β_2 -агонистом

[cols="^,^,^",]

|====

| ОФВ1 | 2,05л | 69% | КБД = 2,03%

|====

Пульсоксиметрия

Насыщение артериальной крови кислородом SpO₂ ~ 92%

Рентгенография органов грудной клетки

Ограниченный фиброз в верхушке правого легкого. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. корни фиброзно уплотнены, несколько расширены за счет сосудистого компонента, структурны. Синусы свободны. Тень сердца расширена влево. Аорта уплотнена.

Электрокардиография

Заключение: Нормосистолическая фибрилляция предсердий ЧСЖ -60 – 80 сокращений в минуту. Резкое отклонение электрической оси сердца влево. Неполная блокада правой ножки п. Гиса, блокада передней ветви левой ножки п. Гиса. Возможно, рубцовые изменения передне-перегородочной области левого желудочка.

Бодиплетизмография

Исследование не проводилось в связи с отсутствием необходимого оборудования

К дополнительным методам диагностики относятся

- восстановление регулярного стула
- повышение массы тела
- стабильно низкий вес больного, отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования

Результаты обследования

Тест с 6-минутной ходьбой

Нагрузочное тестирование не проводилось в связи с выраженным болевым синдромом в коленных суставах.

Анализ газов артериальной крови

PaO₂ - 56 мм рт.ст.

PaCO₂ - 40 мм рт.ст., pH - 7,42;

Суточное мониторирование ЭКГ

Постоянная форма фибрилляции предсердий, нормо- и брадисистолическая.

Суточное мониторирование АД

[cols="^,^",]

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. | 145 | <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. | 110 | <120

| Ночное снижение САД, % | 18 | 10–22

| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. | 74 | <80

| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. | 71 | <70

| Ночное снижение ДАД, % | 15 | 10–22

|=====

В данной клинической ситуации больному необходимо провести лабораторное обследование, включающее

- восстановление регулярного стула
- повышение массы тела
- стабильно низкий вес больного, отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования

Результаты лабораторного обследования

Определение уровня С-реактивного белка

С-реактивный белок 4,0 мг/л (N: 0 – 6,0 мг/л)

Определение уровня α 1-антитрипсина в крови

Не проводился, только для лиц моложе 45 лет

Определение в крови уровня общего холестерина и его фракций

Общий холестерин 2,9 ммоль/л (N 3,5 – 6,1)

Триглицериды 0,83 ммоль/л (N 3,9 – 6,5)

Определение уровня креатинина в крови

Креатинин 99,4 мкмоль/л (N 62-124 мкмоль/л)

Выявленные при спирометрии изменения соответствуют обструкции

+ _____ + степени

- восстановление регулярного стула
- повышение массы тела
- стабильно низкий вес больного, отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования

Диагноз

Обструкция среднетяжелой степени

Обструкция легкой степени

Обструкция тяжелой степени

Обструкция крайне тяжелой степени

Обструкция среднетяжелой степени соответствует ХОБЛ + _____ + стадии

- II
- I
- IV
- III

По спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ крайне тяжелой степени тяжести соответствуют показатели $ОФВ_{1\sim}/ФЖЕЛ < 0,7$ (70%) и

- $50\% \leq ОФВ_{1\sim} < 80\%$

- $30\% \leq \text{ОФВ}_{1\sim} < 50\%$
- $\text{ОФВ}_{1\sim} \geq 80\%$
- $30\% < \text{ОФВ}_{1\sim}$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

По спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ тяжелой степени тяжести соответствуют показатели $\text{ОФВ}_{1\sim}/\text{ФЖЕЛ} < 0,7$ (70%) и

- $\text{ОФВ}_{1\sim} \geq 80\%$
- $50\% \leq \text{ОФВ}_{1\sim} < 80\%$
- $30\% \leq \text{ОФВ}_{1\sim} < 50\%$
- $30\% < \text{ОФВ}_{1\sim}$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

По спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ лёгкой степени тяжести помимо соотношения $\text{ОФВ}_{1\sim}/\text{ФЖЕЛ} < 0,7$ (70%) соответствуют показатели $\text{ОФВ}_{1\sim}$

- $30\% \leq \text{ОФВ}_{1\sim} < 50\%$
- $50\% \leq \text{ОФВ}_{1\sim} < 80\%$
- $30\% < \text{ОФВ}_{1\sim}$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
- $\text{ОФВ}_{1\sim} \geq 80\%$

Абсолютными показаниями для длительной кислородотерапии является

- $55 \leq \text{PaO}_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} = 89\%$
- $\text{PaO}_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \leq 88\%$
- $\text{PaO}_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \geq 88\%$
- $\text{PaO}_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \geq 90\%$

При наличии легочного сердца, отеков, полицитемии ($\text{Ht} > 55\%$) длительную кислородотерапию рекомендовано начинать при следующих показателях

- $55 \leq \text{PaO}_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} = 89\%$
- $\text{PaO}_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \geq 88\%$
- $\text{PaO}_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \geq 90\%$
- $\text{PaO}_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \leq 88\%$

При десатурации при нагрузке/ десатурации во время сна/ болезни легких с тяжелым диспное, уменьшающимся на фоне $\text{O}_{2\sim}$ длительную кислородотерапию рекомендовано начинать при следующих показателях

- $\text{PaO}_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \geq 88\%$
- $\text{PaO}_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \geq 90\%$
- $\text{PaO}_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $\text{SpO}_{2\sim} \leq 88\%$

- $55 \leq PaO_2 \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_2 = 89\%$

Лечение обострения ХОБЛ у данного пациента включает

- $PaO_2 \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_2 \geq 88\%$
- $PaO_2 \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_2 \geq 90\%$
- $PaO_2 \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_2 \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_2 \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_2 = 89\%$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 90 лет находился в гериатрическом отделении стационара.

Жалобы

На кашель с выделением скудной мокроты желтого цвета, одышку, повышение температуры тела до $37,9^\circ\text{C}$, боли в подлопаточной области справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, боли в коленных суставах, отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Длительное время страдает хроническим бронхитом, не системно пользуется ингаляторами (название не помнит), ингаляции с лазольваном через небулайзер для лучшего отхождения мокроты, длительность и кратность не известны. Ухудшение самочувствия после переохлаждения на прогулке три дня назад, когда появилась одышка, боли под лопатками, кашель с трудно отделяемой мокротой желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до $37,9^\circ\text{C}$.

Анамнез жизни

- * Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4.
- * ИБС, Пароксизмальная фибрилляция предсердий, брадиаритмия. Постановка ЭКС в 2011.
- * Сахарный диабет 2 типа.
- * Хронический бронхит курильщика.
- * Инфаркт миокарда, инсульт отрицает.
- * Стаж курения 20 лет, не курит с 1977г., алкоголем не злоупотребляет.
- * Работал сварщиком.
- * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести. Рост 155 см, масса тела 46 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней.
- * Имеется деформация (без дефигурации) обоих коленных суставов.
- * Система органов дыхания: грудная клетка бочкообразная. Границы легких в пределах нормы. Перкуторно коробочный звук. Дыхание жёсткое, в межлопаточной области выслушиваются сухие свистящие хрипы, больше слева, ЧДД 18 в 1 мин.
- * Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена. Расширение

границ сердца: левая – по левой среднеключичной линии, правая – правый край грудины, верхняя -3-е ребро. Тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 60 уд/мин. АД 130/80 мм рт.ст.

* Система пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

* Система мочевыделения: область почек не изменена, мочеиспускание свободное, учащенное, безболезненное, контролирует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

* Неврологический статус: больной контактен, ориентирован в пространстве и времени.

В данной клинической ситуации больному необходимо провести обследование, включающее

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$

Результаты обследования

Спирометрия

Заключение: выявляется обструктивный тип нарушения вентиляции. Обструкция генерализованная значительная.

Бронходилатационный тест

Бронходилатационный тест с β_2 -агонистом

[cols="^, ^, ^",]

|=====

| ОФВ1 | 0,90л | 57% | КБД = 9,75%

|=====

Электрокардиография

Заключение: Ритм ЭКС VVI с частотой стимуляции 59 импульсов в минуту

Пульсоксиметрия

Степень насыщения артериальной крови кислородом $SpO_{2\sim} 89\%$

Рентгенография органов грудной клетки

В легких венозное полнокровие, пневмосклероз, эмфизема. Подчеркнуты междолевые плевральные листки. Корни расширена, неструктурные. Синусы неглубокие. Тень сердца расширена в обе стороны. ЭКС справа. Дуга аорты уплотнена.

Бодиплетизмография

Исследование не проводилось в связи с отсутствием необходимого оборудования

К дополнительным методам диагностики относятся

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$

- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$

Результаты обследования

Тест с 6-минутной ходьбой

Нагрузочное тестирование не проводилось в связи с деформацией коленных суставов и выраженным болевым синдромом

Анализ газов артериальной крови

PaO_2 - 54 мм рт.ст.

$PaCO_2$ - 41 мм рт.ст., pH - 7,42;

Суточное мониторирование ЭКГ

Работа ЭКС VVI в постоянном режиме

Суточное мониторирование АД

[cols="^,^",]

|====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. | 155 | <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. | 119 | <120

| Ночное снижение САД, % | 16 | 10–22

| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. | 74 | <80

| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. | 71 | <70

| Ночное снижение ДАД, % | 15 | 10–22

|====

В данной клинической ситуации больному необходимо провести лабораторное обследование, включающее

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$

Результаты лабораторного обследования

Определение уровня С-реактивного белка

С-реактивный белок 20,0 мг/л (N: 0 – 6,0 мг/л)

Бактериологический анализ мокроты

Определение уровня $\alpha 1$ -антитрипсина в крови

Не проводился, только для лиц моложе 45 лет

Определение в крови уровня общего холестерина и его фракций

Общий холестерин 4,5 ммоль/л (N<5,0)

ЛПВП 1,2 ммоль/л (N>1,0)

ЛПНП 2,5 ммоль/л ($N < 3,0$)

Триглицериды 1,7 ммоль/л ($N < 1,7$)

Выявленные при спирометрии изменения соответствуют обструкции

+ _____ + степени

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$

Диагноз

Обструкция среднетяжелой степени

Обструкция легкой степени

Обструкция тяжелой степени

Обструкция крайне тяжелой степени

Обструкция среднетяжелой степени соответствует ХОБЛ + _____ + стадии

- IV
- II
- I
- III

По спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ помимо $ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7$ (70%); крайне тяжелой степени тяжести соответствуют показатели

- $50\% \leq ОФВ1 < 80\%$
- $30\% < ОФВ1$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
- $ОФВ1 \geq 80\%$
- $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$

По спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ помимо $ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7$ (70%); тяжелой степени тяжести соответствуют показатели

- $ОФВ1, \% \text{ от должного} - 50\% \leq ОФВ1 < 80\%$
- $30\% < ОФВ1, \%$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
- $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$
- $ОФВ1, \% \text{ от должного} - ОФВ1 \geq 80\%$

По спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ лёгкой степени тяжести соответствуют показатели

- $ОФВ1 \geq 80\%$
- $50\% \leq ОФВ1 < 80\%$
- $30\% < ОФВ1, \%$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
- $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$

Абсолютными показаниями для длительной кислородотерапии является

- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$

При наличии легочного сердца, отеков, полицитемии ($Ht > 55\%$) длительную кислородотерапию рекомендовано начинать при следующих показателях

- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$

При десатурации при нагрузке/ десатурации во время сна/ болезни легких с тяжелым диспноэ, уменьшающимся на фоне $O_{2\sim}$, длительную кислородотерапию рекомендовано начинать при следующих показателях

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$

Лечение обострений ХОБЛ включает назначение

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 70 лет обратился к врачу пульмонологу.

Жалобы

На приступы затрудненного дыхания в ночное и дневное время, при физической и эмоциональной нагрузке, контакте с резкими запахами и пылью, купирующиеся приемом бронхолитиков, малопродуктивный кашель с мокротой слизистого характера, ощущение заложенности в груди, повышенную потребность в препаратах «скорой помощи» (КДБА). Больной, также, жалуется на затруднение носового дыхания, охриплость голоса, слабость, потливость, повышение температуры тела вечером до 37,2°C, снижение работоспособности, ограничение физической активности.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад, после контакта больным ОРВИ, когда отметил повышение температуры тела до 37,0°C, головную боль, слабость, насморк, осиплость голоса, сухой кашель. Самостоятельно принимал лекарственные препараты: ингавирин и парацетамол по потребности, капли в нос, насморк уменьшился, однако, появились приступы экспираторного удушья, малопродуктивный кашель со слизистой мокротой, что заставило больного обратиться за помощью к врачу-терапевту ЛПУ. Длительное время наблюдается с диагнозом: Бронхиальная астма, аллергическая форма, среднетяжелого течения. Эмфизема легких. БА контролируется постоянным приемом фиксированной комбинации ИГКС в низкой дозе/ДДБА. В качестве препаратов «неотложной помощи» пациент использует КДБА. В течение последних 2 дней отмечается снижение ПСВ пациента в сравнении с ее наилучшим значением (ПСВ в период контроля БА), разброс утренних и вечерних показателей ПСВ составляет 20 - 30%. ПСВ в день визита к врачу - 70% от индивидуального наилучшего значения.

Анамнез жизни

- * Частые ОРВИ, перенесенная пневмония в прошлом году.
- * Отказ от курения – 4 года назад.
- * Лекарственная аллергия на антибиотик пенициллинового ряда, на клеща домашней пыли.
- * У отца в анамнезе - гипертоническая болезнь, ОНМК, мама страдала бронхиальной астмой.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Речь предложениями. Телосложение нормостеническое. Температура тела – 36,7°C. Кожные покровы физиологической окраски, влажность повышена. Отеков нет. Дыхание носом затруднено с двух сторон, отделяемое из полости носа слизистого характера. Голос изменен - охриплость. Грудная клетка при осмотре симметричная, равномерно участвует в дыхании. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью. Сравнительная перкуссия: коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. Аускультация легких: дыхание ослаблено, жесткое, проводится равномерно, рассеянные сухие свистящие хрипы на фазе выдоха. ЧДД - 20 в минуту. Аускультация сердца: тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в мин. АД – 130 / 90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени – по краю

реберной дуги. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$

Результаты инструментальных методов обследования

Проведение пульсоксиметрии

По данным пульсоксиметрии насыщаемость крови кислородом у данного больного равна 95%

Спирометрия с проведением бронходилатационного теста

{nbsp}

ОФВ1 равен 70%, что соответствует легкой степени тяжести обструктивных нарушений. Прирост ОФВ1 после пробы более 15%: обструкция полностью обратима (бронходилатационная проба положительная).

Рентгенография органов грудной клетки

{nbsp}

Синдром «прозрачного» легкого: рентгенологический признак эмфиземы легких

Проведение вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких

Дефектов перфузии не выявлено

Внутривенная эхокардиография

Патологических потоков не выявлено

Ретроградная илеокаваграфия

Признаков тромбоза нижней полой вены не обнаружено

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$

Результаты лабораторных методов обследования

Общий (клинический) анализ крови

{nbsp}

Выявлено повышение уровня эозинофилов, лимфоцитов и умеренная лейкопения

Общий анализ мокроты

Цвет белесоватый, консистенция вязкая, альвеолярный клетки 4-7-10, лейкоциты -отр, нейтрофилы- отр. Эозинофилы ++, кристаллы Шарко-Лейдена +, микобактерии туберкулеза

Исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

Значения FENO – 51 ppb, означает, что наличие эозинофильного воспаления и Эффект от иГКС более вероятны

Исследование трансаминаз

АСТ 0,80 мккат/л (N<1,5)

АЛТ 0,72 мккат/л (N<1,5)

Исследование общего холестерина и его фракций

Общий холестерин 4,4 ммоль/л (N<5,0)

ЛПВП 1,2 ммоль/л (N>1,0)

ЛПНП 2,3 ммоль/л (N<3,0)

Триглицериды 1,8 ммоль/л (N<1,7)

Исследование креатинина

Креатинин 87 мкмоль/л (N<118)

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- PaO₂ ≤ 55 мм рт.ст.; SpO₂ ≥ 88%
- PaO₂ ≥ 60 мм рт.ст.; SpO₂ ≥ 90%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт.ст.; SpO₂ ≤ 88%
- 55 ≤ PaO₂ ≤ 59 мм рт.ст.; SpO₂ = 89%

Диагноз

ОРВИ. Бронхиальная астма, аллергический фенотип, среднетяжелого течения, неконтролируемое течение, обострение легкой степени тяжести. Сенсibilизация к аллергенам клещей домашней пыли. Осложнение: Эмфизема легких. ДН 0 степени

ОРВИ. Острый фарингит. Острый катаральный бронхит

Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого, среднетяжелого течения. ДН 1 ст

ХОБЛ, тяжелая степень тяжести (GOLD 3), смешанный вариант течения (бронхитический + эмфизематозный фенотип), группа пациентов С, обострение

Подтверждает диагноз бронхиальной астмы (БА) у данного больного выявление повышенной средней суточной вариабельности ПСВ более +_____+ %

- 5
- 10
- 3

- 7

Для оценки контроля БА данному больному рекомендуется использовать тест по контролю над астмой

- тест с 6-минутной ходьбой
- САТ
- АСТ
- тредмил-тест

Пациентам с бронхиальной астмой и снижением сатурации крови кислородом ($SpO_2 \leq 92\%$) рекомендуется проводить исследование + _____ + артериальной крови

- микроэлементов
- кислотно-щелочного состояния
- электролитов
- газов

Обострение бронхиальной астмы у данного больного рекомендуется лечить в условиях

- санаторно-курортных
- дневного стационара
- стационарных
- амбулаторных

При легком и среднетяжелом обострении БА всем пациентам рекомендуется

- многократное применение ингаляционных бета-агонистов длительного действия
- многократное применение ингаляционных короткодействующих бета-агонистов или их комбинаций с ипратропием бромида
- многократное применение бронходилататоров длительного действия
- однократное применение ингаляционных бета-агонистов короткого действия

Системные глюкокортикостероиды (СГКС) рекомендуется использовать для лечения всех обострений БА, кроме

- самых легких
- средне-тяжелых
- тяжелых
- крайне тяжелых

Назначение теофиллина при лечении обострений БА у взрослых пациентов

- рекомендуется всегда
- рекомендуется только при легком обострении
- рекомендуется только при тяжелом обострении
- не рекомендуется

Если пациент получал ингаляционные глюкокортикостероиды до обострения, то их прием должен быть

- продолжен в повышенной дозе
- прекращен
- продолжен в предыдущей дозе
- продолжен в минимальной дозе

Снижение объема терапии бронхиальной астмы показано при достижении и сохранении стабильного контроля более + ____ + месяцев

- продолжен в повышенной дозе
- прекращен
- продолжен в предыдущей дозе
- продолжен в минимальной дозе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 70 лет обратился к пульмонологу.

Жалобы

С жалобами на повышение температуры тела до 38,2°C в течение последних двух дней, с ознобом, а также на слабость, потливость, нарастание интенсивности кашля, приступообразного, малопродуктивного с отделением слизисто-гнойной вязкой мокроты, усиление одышки, учащенное сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе.

Анамнез заболевания

Заболел остро около двух дней назад, после переохлаждения. Наблюдается в поликлинике с диагнозом: ХОБЛ, тяжелая степень тяжести (GOLD 3), смешанный вариант течения (бронхитический + эмфизематозный фенотип), группа пациентов С. Хроническая ДН 1 степени. Диффузный пневмосклероз. ХЛС, стадия компенсации. ХСН I стадия (II ФК NYHA). Постоянно принимает короткодействующие антихолинергический препарат (КАХП) или короткодействующие бета 2 агонисты (КДБА), или КАХП/КДБА. Полгода назад лежал в стационаре. На данный момент потребность в бронходилататорах увеличилась.

Анамнез жизни

- Пациент курильщик, индекс курения 35 пачка/лет.
- профессиональных вредностей не было.
- Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы горячие, повышенной влажности, диффузный цианоз. Температура тела - 38,2°C. Грудная клетка: отмечается отставание ее правой половины при глубоком дыхании, безболезненная при пальпации, бочкообразной (эмфизематозной) формы, эластичность снижена, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью. При перкуссии грудной клетки – коробочный звук. нижние границы - опущены, ограничение подвижности нижнего легочного края. притупление перкуторного звука над нижней долей правого легкого. При аускультации легких – дыхание жесткое, ослабленное дыхание выражено над нижней долей правого легкого. Там же выслушиваются мелкопузырчатые влажные звучные хрипы. Кроме того, при аускультации легких (при спокойном дыхании) выявляются рассеянные высокочастотные сухие хрипы. ЧД - 26 в минуту. При аускультации сердца – тоны глухие, ритм правильный, акцент II тона над легочным стволом. АД 110 / 70 мм рт. ст. ЧСС = PS = 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» над областью почек отрицательный с двух сторон. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- продолжен в повышенной дозе
- прекращен
- продолжен в предыдущей дозе
- продолжен в минимальной дозе

Результаты инструментальных методов обследования

Проведение пульсоксиметрии

По данным пульсоксиметрии насыщаемость крови кислородом у данного больного равна 86%

Рентгенография органов грудной клетки

{nbsp}

Очаги воспалительной инфильтрации локализуются в нижней доле правого легкого и сочетаются с расширением корня легкого и усилением легочного рисунка.

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

{nbsp}

Ритм синусовый. Амплитуда QRS постепенно увеличивается в грудных отведениях и становится наивысшей в V4 или V5, а затем несколько снижается в V5, V6. Если в V5, V6 сохраняются зубцы S, то это свидетельствует о повышении электрической активности правого желудочка в данных отведениях, которые отражают левый желудочек.

Спирометрия с проведением бронходилатационного теста

Постбронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 после пробы- 49%; прирост ОФВ1 после пробы <12%): имеется персистирующее

ограничение скорости воздушного потока, степень тяжести ХОБЛ соответствует GOLD 3, обструкция обратима не полностью (бронходилатационная проба отрицательная).

Проведение вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких

Дефектов перфузии не выявлено

Проведение эзофагогастродуоденоскопии

Поверхностный гастрит

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- продолжен в повышенной дозе
- прекращен
- продолжен в предыдущей дозе
- продолжен в минимальной дозе

Результаты лабораторного метода обследования

Общий (клинический) анализ крови

Анализ крови: гемоглобин – 15,6 г/л; эритроциты – $5,1 \times 10^{12}$; гематокрит – 43%; лейкоциты – $12,8 \times 10^9$; п/я – 12%; с/я – 62%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; тромбоциты – 238×10^9 ; СОЭ – 28 мм/ч

Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови

[cols="^,^"]

|===

|Билирубин общий |7,3 |Меньше 19 мкмоль/л

|Общий белок |64,9 |64-83 г/л

|Фибриноген |3,88 |1,8-4,0

|Мочевина |7,0 |3,1-7,9

|СРБ |90 |Меньше 5 мг/л

|===

{nbsp}

Концентрация 90 мг/л (норма до 5,0 г/л)

Бактериоскопия и культуральное исследование мокроты

В общем анализе мокроты: +

характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 50-80 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет. +

Атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки. Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет предположить пневмококковую этиологию заболевания.

Исследование общего холестерина и его фракций

Общий холестерин 4,7 ммоль/л (N<5,0)

ЛПВП 1,2 ммоль/л (N>1,0)

ЛПНП 2,2 ммоль/л (N<3,0)

Триглицериды 1,5 ммоль/л (N<1,7)

Исследование трансаминаз

АСТ 0,75 мккат/л (N<1,5)

АЛТ 0,62 мккат/л (N<1,5)

Исследование креатинина

Креатинин 92 мкмоль/л (N<118)

Всем амбулаторным пациентам с ВП для оценки прогноза и тяжести течения заболевания рекомендуется использовать шкалу

- CHA2DS2VASC
- CURB/CRB-65
- EHRA
- ШКАЛА HAS-BLEND

Диагноз внебольничной пневмонии установлен на основании наличия у больного лихорадки, лейкоцитоза, ускорения СОЭ и

- снижения сатурации до 86%
- рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации
- рассеянных высокотональных сухих хрипов при аускультации
- малопродуктивного кашля с отделением слизисто-гнойной вязкой мокроты

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- снижения сатурации до 86%
- рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации
- рассеянных высокотональных сухих хрипов при аускультации
- малопродуктивного кашля с отделением слизисто-гнойной вязкой мокроты

Диагноз

Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого. Фон: ХОБЛ, тяжелая степень тяжести (GOLD 3), смешанный вариант течения (бронхитический + эмфизематозный фенотип), группа пациентов D, обострение. ДН 2 степени. Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких. ХЛС, стадия компенсации

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ст. Постинфарктный кардиосклероз. Пассивная венозная легочная гипертензия. ХСН II А, ФК II по NYHA

Хроническая тромбоэмболическая гипертензия. Гипертрофия правого желудочка. Относительная недостаточность ТК II ст, ХСН I ст. ФК II (ВОЗ)

Бронхиальная астма, эндогенная форма, среднетяжелого течения, неконтролируемая, обострение легкой степени тяжести. ДН 2 степени.

Эмфизема легких. Пневмосклероз. Хронический бронхит курильщика, стадия обострения

Дальнейшее лечение пациента должно проводиться в условиях

- «дневного стационара»
- стационара
- поликлиники
- «санаторно-курортных»

Приоритетным направлением немедикаментозной терапии данного пациента является

- массаж
- физиотерапия
- лечебная гимнастика
- оксигенотерапия

Выбор препаратов для стартовой антибиотикотерапии (АБТ) осуществляется

- на основании результатов антибиотикограммы
- теоретически без учета факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей
- на основании данных об антибиотикорезистентности флоры в данном регионе
- эмпирически с учетом факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей и профиля антибиотикорезистентности

У пациента после начала лечения необходимо оценить эффективность и безопасность стартового режима антибиотикотерапии через + _____ + часов

- 4-8
- 48-72
- 10-20
- 20-30

Антибиотикотерапия внебольничной терапии у госпитализированных пациентов должна начинаться с + _____ + лекарственных форм

- подкожных
- парентеральных
- пероральных
- ректальных

Ключевым звеном терапии больного с обострением хронической обструктивной болезни легких является назначение

- бронходилататоров
- антигистаминных препаратов
- вазодилататоров
- спазмолитиков

Вакцинация пневмококковыми вакцинами рекомендуется всем пациентам с + _____ + риском развития инвазивных пневмококковых инфекций

- бронходилататоров
- антигистаминных препаратов
- вазодилататоров
- спазмолитиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной, 68 лет был госпитализирован в отделение пульмонологии

Жалобы

С жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (около 100 м ходьбы), постоянный кашель с выделением желтоватой мокроты, иногда кашель носит приступообразный характер, учащенное сердцебиение, периодические отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, снижение переносимости физической нагрузки, утомляемость, особенно за последние 3 месяца. В течение последних 2-3 -х дней отмечает слабость, потливость, повышение температуры до 37,0°C, усиление одышки и кашля с мокротой, которая приобрела желто-зеленый цвет.

Анамнез заболевания

В анамнезе частые простудные заболевания до 3 раз в году, при которых отмечается усиление кашля, усиление экспираторной одышки, увеличение количество мокроты желтого цвета. За последний год два раза лечился в стационаре. из принимаемых препаратов называет беродуал, амбробене, спирива, принимает их не регулярно.

Анамнез жизни

- * Пациент курильщик, индекс курения 45 пачка/лет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергических реакций не было.
- * Отец умер от рака легкого, мать от инсульта.

Объективный статус

Объективно: теплый диффузный цианоз, влажность кожных покровов умеренная. Температура тела 37,0°C. Деформация ногтевых пластинок в виде «часовых стекол», шейные вены набухшие, Дыхание через сомкнутые губы. ЧДД - 25 в мин. Перкуторный звук над легкими легочный, с коробочным оттенком в задне-базальных отделах. При аускультации дыхание жесткое в межлопаточном пространстве, ослабленное в нижних и боковых отделах, рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы над всеми легочными полями,

выдох свистящий, удлинен. Границы сердца расширены вправо, тоны приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона и мягкий диастолический шум над легочной артерией, пансистолический шум над мечевидным отростком, усиливающийся при глубоком вдохе. ЧСС 100 ударов в минуту. АД -110/90 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Отеки на ногах.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- бронходилататоров
- антигистаминных препаратов
- вазодилататоров
- спазмолитиков

Результаты инструментальных методов обследования

Проведение пульсоксиметрии

По данным пульсоксиметрии насыщаемость крови кислородом у данного больного равна 74%

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

{nbsp}

S-тип ГПЖ : во всех грудных отведениях комплекс QRS имеет вид rS или RS с выраженным зубцом S; в отведениях от конечностей часто регистрируется синдром SISISIII, то есть поворот сердца вокруг поперечной оси верхушкой кзади; вертикальная позиция электрической оси сердца; признаки поворота сердца вокруг продольной оси по часовой стрелке, то есть смещение переходной зоны влево;

Рентгенография органов грудной клетки

{nbsp}

Легочные поля эмфизематозные, легочный рисунок умеренно обогащен и деформирован по тяжевидному типу преимущественно в среднем и нижнем поясах обоих легких. Очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено. Корни легких расширены за счет сосудистого компонента, уплотнены, тяжистые. Синусы свободные. Выраженные признаки пневмофиброза.

Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей

Признаков тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей не обнаружено

Ретроградная илеокаваграфия

Признаков тромбоза нижней полой вены не обнаружено

Проведение вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких

Дефектов перфузии не выявлено

К наиболее информативным инструментальным и лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- бронходилататоров
- антигистаминных препаратов

- вазодилататоров
- спазмолитиков

Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования

Спирометрия с проведением бронходилатационного теста

{nbsp}

Постбронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 после пробы = 33 %; прирост ОФВ1 после пробы < 12 %): имеется персистирующее ограничение скорости воздушного потока, степень тяжести ХОБЛ соответствует GOLD 3, обструкция обратима не полностью (бронходилатационная проба отрицательная).

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

{nbsp}

Правый желудочек увеличен: из парастернальной позиции – 3,48 см, из апикальной позиции – 4,8 см. Правое предсердие: из апикальной позиции – 5,2 x 6,3 см. индекс объема ПП 42 мл/м². Показатели сократительной функции миокарда левого желудочка в пределах нормальных значений.. Снижена фракция выброса правого желудочка до 37%. Дилатация ствола легочной артерии. Допплер-эхокардиография: систолическая регургитация в полость правого предсердия III степени; Легочная регургитация II степени, систолическое давление в легочной артерии 60 мм рт. ст. (расчет по скорости трикуспидальной регургитации). Нижняя полая вена расширена со снижением ее спадения на вдохе. Давление заклинивания легочных капилляров в пределах нормы. Выявлены признаки высокой прекапиллярной легочной гипертензии с повышением легочного сосудистого сопротивления до 2,8 Вуд.

Общий (клинический) анализ крови

Общий анализ крови: НВ - 165 г/л, эритроциты - $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $11,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 77%, лимфоциты - 36%, моноциты - 2%. СОЭ - 17 мм/ч. Наличие нейтрофильного лейкоцитоза свидетельствует о фазе обострения ХОБЛ. Вне обострения у пациентов может отмечаться эритроцитоз (как компенсация гипоксии), высокий уровень гемоглобина, повышение гематокрита (у женщин > 47%, у мужчин > 52%), повышение вязкости крови.

Внутривенное контрастирование сердца при проведении трансторакальной эхокардиографии

Патологических потоков не выявлено, данных за наличие врожденного порока сердца нет

Суточное мониторирование артериального давления

Без значимых патологических значений

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Патологии не выявлено

Интенсивность симптомов в данном случае следует рассматривать как

- выраженную

- не выраженную
- незначительную
- минимальную

Клиническую группу с учетом оценки выраженности симптомов и риска возможных осложнений следует в данном случае определить как

- D
- C
- A
- B

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- D
- C
- A
- B

Диагноз

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Смешанный фенотип. Степень тяжести нарушения бронхиальной проходимости III (тяжелая), с выраженными симптомами (САТ 30 баллов, mMRC 3), группа стратификации D, стадия обострения. Осложнения: Дыхательная недостаточность III степени. Диффузный пневмосклероз. Значительная степень тяжести прекапиллярной легочной гипертензии с недостаточностью легочного клапана 2 степени. Хроническое легочное сердце, стадия декомпенсации. Относительная недостаточность трикуспидального клапана 3 ст. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, III ФК (NYHA)

Идиопатическая легочная артериальная гипертензия. Гипертрофия правого желудочка. Относительная недостаточность ТК II ст, недостаточность ЛК I. ХСН I ст. ФК II (ВОЗ)

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ст. Постинфарктный кардиосклероз.. Пассивная венозная легочная гипертензия. ХСН II А, ФК II по NYHA

Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный стеноз 3 степени. Реактивная легочная гипертензия высокой степени тяжести с недостаточностью легочного клапана II ст. Относительная недостаточность трикуспидального клапана III ст. ХСН II Б. ФК IV по NYHA

Дифференциальную диагностику данного заболевания следует проводить с

- бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, туберкулезом, облитерирующим бронхолитом, хронической сердечной недостаточностью
- тромбоэмболией легочной артерии, язвенной болезнью, медиастинитом, эмпиемой плевры, холециститом
- ишемической болезнью сердца, инфекционным эндокардитом, спонтанным пневмотороксом, ГЭРБ, миокардитом
- гипертонической болезнью, сахарным диабетом, пневмонией, пороками сердца, внелегочным туберкулезом

Выявленная легочная гипертензия является

- прекапиллярной легочной артериальной гипертензией
- посткапиллярной легочной гипертензией
- реактивной легочной гипертензией
- прекапиллярной легочной гипертензией, вследствие патологии легких

Приоритетным направлением терапии данного пациента является

- кислородотерапия
- СРАР-терапия
- лечебная гимнастика
- физиотерапия

Лечебная тактика больного при острой дыхательной недостаточности включает назначение

- ингаляции
- кардиостимуляции
- неинвазивной вентиляции легких
- вибрационного массажа

Ключевым звеном терапии больного с обострением хронической обструктивной болезни легких является назначение

- спазмолитиков
- вазодилататоров
- антигистаминных препаратов
- бронходилататоров

Назначение системных или ингаляционных глюкокортикостероидов при обострении хронической обструктивной болезни легких, потребовавших госпитализации в стационар, считается

- возможна, но не желательно
- обязательным
- не желательно

- возможна, но не обязательно

Назначение антибактериальных препаратов при обострении хронической обструктивной болезни легких, потребовавших госпитализации в стационар и нуждающимся в инвазивной или неинвазивной вентиляции легких считается

- возможна, но не желательно
- обязательным
- не желательно
- возможна, но не обязательно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 67 лет обратился к пульмонологу

Жалобы

Предъявляет жалобы на кашель с отделением вязкой, скудной мокроты; затрудненное дыхание, больше на выдохе, одышку, возникающую после физической нагрузки средней интенсивности, повышение температуры тела до 37,5°C.

Анамнез заболевания

Пациент курит более 30 лет, в течение многих лет беспокоит кашель с мокротой желтого цвета, преимущественно по утрам. Простудные заболевания протекают как правило с длительно сохраняющимся кашлем. Обострения заболевания 1 раз в год, последнее более года назад – лечение амбулаторно. Постоянную терапию не получает, при обострениях последние 3 года пользуется атровентом. Несколько дней назад повысилась температура тела до 37,5°C, усилился кашель, мокрота стала желто-зеленой, появилась одышка, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

- * Пациент курит, индекс курения 30 пачка/лет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергологический анамнез – не отягощен. Отец умер от рака легкого.

Объективный статус

При осмотре состояние относительно удовлетворительное, температура тела 37,5°C. Кожные покровы чистые, влажные. Отеков нет. Голосовое дрожание симметрично ослаблено с обеих сторон. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук коробочный, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. Дыхание везикулярное ослабленное, в базально-боковых отделах с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы, усиливающиеся на выдохе. Частота дыхательных движений в покое – 20 в мин.

Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 86 в мин. АД- 135 / 85 мм рт. ст. Акцент II тона над легочной артерией.

Язык чистый, влажный. Живот мягкий во всех отделах, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Дизурии нет.

Оценочный тест САТ – 12 баллов. mMRC 2 балла

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- возможна, но не желательно
- обязательным
- не желательно
- возможна, но не обязательно

Результаты инструментальных методов обследования

Проведение пульсоксиметрии

По данным пульсоксиметрии насыщаемость крови кислородом у данного больного равна 93%

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

{nbsp}

Наличия в отведении V1 комплекса rSR'-типа; увеличение интервала внутреннего отклонения в V1 более 0,03 с; смещение сегмента RS-T ниже изолинии и появление отрицательных зубцов T в отведениях III, AVF, V1 и V2; признаки поворота сердца вокруг продольной оси по часовой стрелке, отклонение электрической оси вправо; увеличение зубца S при уменьшении зубца R в отведениях I, II и левых грудных;

Рентгенография органов грудной клетки

{nbsp}

Легочные поля эмфизематозные, легочный рисунок умеренно обеднен и деформирован по тяжевидному типу в среднем и нижнем поясах обоих легких. Очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено. Корни легких расширены за счет сосудистого компонента, Правый реберно-диафрагмальный синус облитерирован, левый синус свободный. Отмечается низкое расположение купола диафрагмы и его уплощение с обеих сторон.

Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей

Признаков тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей не обнаружено

Ретроградная илеокаваграфия

Признаков тромбоза нижней полой вены не обнаружено

Проведение вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких

Дефектов перфузии не выявлено

К наиболее информативным инструментальным и лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- возможна, но не желательно

- обязательным
- не желательным
- возможна, но не обязательно

Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования

Спирометрия с проведением бронходилатационного теста

Постбронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 после пробы- 60%; прирост ОФВ1 после пробы <12%): имеется персистирующее ограничение скорости воздушного потока, степень тяжести ХОБЛ соответствует GOLD 2, обструкция обратима не полностью (бронходилатационная проба отрицательная).

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

{nbsp}

Правый желудочек из парастернальной позиции – 2,65 см. передняя стенка правого желудочка равна 8 мм. Правое предсердие: из апикальной позиции – 3,5 см x 3,9 см. Показатели сократительной функции миокарда левого желудочка в пределах нормальных значений.. Фракция выброса правого желудочка 45%. Легочная артерия не расширена. Допплер-эхокардиография: систолическая регургитация в полость правого предсердия I степени; Диастолическая дисфункция правого желудочка по типу замедленного расслабления. Легочная регургитация I степени, систолическое давление в легочной артерии 34 мм рт. ст. (расчет по скорости трикуспидальной регургитации). Нижняя полая вена не расширена спадается на 50%. Давление заклинивания легочных капилляров в пределах нормы. Заключение: Полости сердца не расширены. Выявлены признаки незначительной прекапиллярной легочной гипертензии 1 ст. Гипертрофия правого желудочка с нарушением процессов его релаксации.

Общий (клинический) анализ крови

|===

|Показатель |Результат |Референтные значения*

|Эритроциты |4,08 |4,2-5,6 10¹²/л

|гемоглобин |143 |120-160 г/л

|гематокрит |38,3 |35-47 %

|тромбоциты |340 |150-400 тыс/мкл

|Лейкоциты |*11,5* |4,5-11,0 тыс/мкл

|Нейтрофилы , абс. |*7,8* |1,56-6,13 тыс/мкл

|Нейтрофилы,% |*78,9* |48,0-78,0 %

|Лимфоциты, абс |*1,1* |1,18-3,74 тыс/мкл

|Лимфоциты % |*13,4* |19,0-37%

|Эозинофилы % |3,8 |1,0-5,0

|Эозинофилы , абс |0,20 |0.00-0.70

|СОЭ |*21* |2-15 мм/ч

|===

{nbsp}

Выявлено небольшое повышение уровня лейкоцитов, нейтрофилов, СОЭ и снижение лимфоцитов, что характерно при наличии бактериальной инфекции.

Внутривенное контрастирование сердца при проведении трансторакальной эхокардиографии

Патологических потоков не выявлено, данных за наличие врожденного порока сердца нет

Суточное мониторирование артериального давления

Без значимых патологических значений

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Патологии не выявлено

Интенсивность симптомов в данном случае следует рассматривать как

- минимальную
- умеренную
- не выраженную
- незначительную

Клиническую группу с учетом оценки выраженности симптомов и риска возможных осложнений следует в данном случае определить как

- А
- D
- B
- C

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- А
- D
- B
- C

Диагноз

ХОБЛ, фенотип эмфизематозный, степень тяжести нарушения бронхиальной проходимости II – среднетяжелая, с выраженными клиническими симптомами: CAT ≥ 10 , выраженность одышки ≥ 2 степени по шкале mMRC, обострение средней степени тяжести, ассоциированное инфекцией, группа стратификации В. Осложнения: ДН I ст. Хроническое легочное сердце, стадия компенсации. Нерезковыраженная прекапиллярная легочная гипертензия

Хроническая тромбоэмболическая гипертензия.. Гипертрофия правого желудочка. Относительная недостаточность ТК II ст, ХСН I ст. ФК II (ВОЗ)

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ст. Постинфарктный кардиосклероз.. Пассивная венозная легочная гипертензия. ХСН II А, ФК

II по NYHA

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Тяжелого течения. Осложнения: ДН 3

Дифференциальную диагностику хронической обструктивной болезни легких следует проводить с

- гипертонической болезнью, сахарным диабетом, пороками сердца, внелегочным туберкулезом
- тромбозом легочной артерии, язвенной болезнью, медиастинитом, эмпиемой плевры
- ишемической болезнью сердца, инфекционным эндокардитом, спонтанным пневмотороксом, ГЭРБ
- бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, туберкулезом, облитерирующим бронхитом

Ключевым звеном терапии больного с обострением хронической обструктивной болезни легких является назначение

- спазмолитиков
- вазодилататоров
- бронходилататоров
- антигистаминных препаратов

Приоритетным направлением базисной терапии у данного пациента является назначение

- бронходилататоров короткого действия
- антилейкотриеновых препаратов
- бронходилататоров длительного действия
- противовоспалительных препаратов

Назначение антибактериальных препаратов при обострении хронической обструктивной болезни легких, ассоциированной инфекцией, считается

- возможно, но не обязательно
- не желательно
- возможно, но не желательно
- обязательным

Назначение длительной кислородотерапии для данного больного

- не показано
- показано
- возможно
- желательно

Наилучший ответ на ингаляционные глюкокортикостероиды наблюдается у пациентов с ХОБЛ при содержании эозинофилов периферической крови + _____ + клеток в 1 мкл

- менее 50
- менее 100
- менее 300
- свыше 300

Всем больным ХОБЛ с целью уменьшения риска обострений рекомендуется

- менее 50
- менее 100
- менее 300
- свыше 300

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 73 лет обратился к пульмонологу.

Жалобы

Предъявляет жалобы на практически постоянный кашель, возникающий в любое время суток, с отделением вязкой, скудной мокроты; на затрудненное дыхание, особенно на выдохе, возникающую после средней физической нагрузки. В последние несколько дней кашель усилился, мокрота изменила свой характер и стала желто-зеленой, стала нарастать одышка, повысилась температура до 37,7 °С.

Анамнез заболевания

В анамнезе простудные заболевания, проявляющиеся длительно сохраняющимся кашлем с мокротой желтого цвета, особенно по утрам. Дважды пробовал бросить курить, но безрезультатно. Последнее обострение было более года назад без госпитализации постоянную терапию не принимает, периодически пользуется атровентом.

Анамнез жизни

- * Пациент курильщик, индекс курения 28 пачка/лет
- * профессиональных вредностей не было
- * аллергических реакций не было
- * отец умер от рака легкого

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести, температура тела 37,7°С. Кожные покровы чистые, влажные. Отеков нет. Голосовое дрожание симметрично ослаблено с обеих сторон. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

Перкуторный звук всюду коробочный, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. Дыхание везикулярное

ослабленное, выслушиваются сухие свистящие хрипы особенно в базальных и боковых отделах легких, усиливающиеся на выдохе. Частота дыхания в покое – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 88 в мин. АД- 135 / 85 мм рт. ст. Акцент II тона над легочной артерией. Язык чистый, влажный. Живот мягкий во всех отделах, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Дизурии нет. Результат оценки опросника САТ – 12 баллов.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- менее 50
- менее 100
- менее 300
- свыше 300

Результаты обследования

Проведение пульсоксиметрии

По данным пульсоксиметрии насыщаемость крови кислородом у данного больного равна 93%

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Наличие в отведении V1 комплекса rSR'-типа; увеличение интервала внутреннего отклонения в V1 более 0,03 с; смещение сегмента RS-T ниже изолинии и появление отрицательных зубцов T в отведениях III, AVF, V1 и V2; признаки поворота сердца вокруг продольной оси по часовой стрелке, отклонение электрической оси вправо; увеличение зубца S при уменьшении зубца R в отведениях I, II и левых грудных;

Рентгенография органов грудной клетки

Легочные поля эмфизематозные, легочный рисунок умеренно обеднен и деформирован по тяжевидному типу в среднем и нижнем поясах обоих легких. Очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено. Корни легких расширены за счет сосудистого компонента, Правый реберно-диафрагмальный синус облитерирован, левый синус свободный. Отмечается низкое расположение купола диафрагмы и его уплощение с обеих сторон.

Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей

Признаков тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей не обнаружено

Ретроградная илеокаваграфия

Признаков тромбоза нижней полой вены не обнаружено

Проведение вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких

Дефектов перфузии не выявлено

Наиболее информативными для верификации диагноза инструментальными и лабораторными методами обследования будут

- менее 50

- менее 100
- менее 300
- свыше 300

Результаты обследования

Спирометрия с проведением бронходилатационного теста

Постбронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 после пробы- 60%; прирост ОФВ1 после пробы <12%): имеется персистирующее ограничение скорости воздушного потока, степень тяжести ХОБЛ соответствует GOLD 2, обструкция обратима не полностью (бронходилатационная проба отрицательная).

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Правый желудочек из парастернальной позиции – 2,65 см. передняя стенка правого желудочка равна 8 мм. Правое предсердие: из апикальной позиции – 3,5 см x 3,9 см. Показатели сократительной функции миокарда левого желудочка в пределах нормальных значений.. Фракция выброса правого желудочка 45 %. Легочная артерия не расширена. Допплер-эхокардиография: систолическая регургитация в полость правого предсердия I степени; Диастолическая дисфункция правого желудочка по типу замедленного расслабления. Легочная регургитация I степени, систолическое давление в легочной артерии 34 мм рт. ст. (расчет по скорости трикуспидальной регургитации). Нижняя полая вена не расширена спадается на 50%. Давление заклинивания легочных капилляров в пределах нормы. Заключение: Полости сердца не расширены. Выявлены признаки незначительной прекапиллярной легочной гипертензии 1 ст. Гипертрофия правого желудочка с нарушением процессов его релаксации.

Общий (клинический) анализ крови

Выявлено небольшое повышение уровня лейкоцитов, нейтрофилов, СОЭ и снижение лимфоцитов, что характерно при наличии бактериальной инфекции.

Внутривенное контрастирование сердца при проведении трансторакальной эхокардиографии

Патологических потоков не выявлено, данных за наличие врожденного порока сердца нет

Суточное мониторирование артериального давления

Без значимых патологических значений

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Патологии не выявлено

Интенсивность симптомов в данном случае следует рассматривать как

- выраженную
- не выраженную
- минимальную
- незначительную

Клиническую группу с учетом оценки выраженности симптомов и риска возможных осложнений следует в данном случае определить как

- С
- А
- D
- В

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- С
- А
- D
- В

Диагноз

ХОБЛ, фенотип эмфизематозный, степень тяжести нарушения бронхиальной проходимости II – среднетяжелая, с выраженными клиническими симптомами: САТ ≥ 10 , выраженность одышки ≥ 2 степени по шкале mMRC, обострение средней степени тяжести, ассоциированное инфекцией, группа стратификации В. Осложнения: ДН I ст. Хроническое легочное сердце, стадия компенсации. Нерезковыраженная прекапиллярная легочная гипертензия

Хроническая тромбоэмболическая гипертензия.. Гипертрофия правого желудочка. Относительная недостаточность ТК II ст, ХСН I ст. ФК II (ВОЗ)

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ст. Постинфарктный кардиосклероз.. Пассивная венозная легочная гипертензия. ХСН II А, ФК II по NYHA

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Тяжелого течения. Осложнения: ДН 3

Дифференциальную диагностику хронической обструктивной болезни легких следует проводить с

- гипертонической болезнью, сахарным диабетом, пороками сердца, внелегочным туберкулезом
- тромбоэмболией легочной артерии, язвенной болезнью, медиастинитом, эмпиемой плевры
- ишемической болезнью сердца, инфекционным эндокардитом, спонтанным пневмотороксом, ГЭРБ
- бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, туберкулезом, облитерирующим бронхолитом

Ключевым звеном терапии больного с обострением хронической обструктивной болезни легких является назначение

- бронходилататоров
- антигистаминных препаратов
- вазодилататоров
- спазмолитиков

Приоритетным направлением базовой терапии у данного пациента является назначение

- бронходилататоров короткого действия
- противовоспалительных препаратов
- бронходилататоров длительного действия
- антилейкотриеновых препаратов

При обострении хронической обструктивной болезни легких, ассоциированной инфекцией, обязательным будет назначение

- антибактериальных препаратов
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- иммуномодуляторов
- противовирусных препаратов

Назначение препарата рофлумастан для данного больного

- не показано
- показано
- возможно
- желательно

Назначение ИГКС в качестве стартовой терапии для данного больного

- не показано
- показано
- желательно
- возможно

Уменьшение объема бронходилатационной терапии в случае облегчения симптомов для данного больного

- не показано
- показано
- желательно
- возможно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась к врачу-кардиологу.

Жалобы

На учащенное сердцебиение, одышку при умеренной физической нагрузке (ходьба до 160 м), утомляемость, эпизодически возникающий сухой кашель, увеличение живота в объеме.

Анамнез заболевания

Четыре года назад пациентка перенесла вагинальную экстраперитонеальную кольпопексию. Полтора года назад была выявлена легочная гипертензия, проведено обследование, назначено лечение, включающее варфарин, от приема которого пациентка отказалась из-за появления носовых кровотечений и невозможности регулярно контролировать МНО. Год назад отметила появление одышки при физической нагрузке.

В течение года одышка значительно усилилась, начал беспокоить сухой кашель, появился и стал нарастать асцит, это и послужило поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: хронический гастрит, мочекаменная болезнь.

* Вредных привычек не имеет.

* Профессиональных вредностей не было.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

* Семейный анамнез: отец умер от инфаркта, мать погибла в автоаварии.

Объективный статус

Состояние тяжелое, диффузный цианоз. Рост 160 см, масса тела 70 кг.

При аускультации легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, частота дыхания 24 в 1 мин. По данным пульсоксиметрии насыщение гемоглобина кислородом 89%, при ходьбе на 50 м снижается до 84%.

Правая граница сердца смещена вправо на 1,5 см, при аускультации: тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум у основания мечевидного отростка, акцент II тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений 108 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации.

Определяется пастозность голеней.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования на первом этапе относятся

- не показано
- показано
- желательно
- возможно

Результаты инструментальных методов обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

{nbsp}

SI–QIII, преобладание зубца R в правых грудных отведениях, P_{pulmonale}, депрессия сегмента ST в правых грудных отведениях.

Рентгенография органов грудной клетки

Основными рентгенологическими признаками ЛГ являются выбухание ствола и левой ветви легочной артерии, которые формируют II дугу по левому контуру сердца в прямой проекции, расширение корней легких, увеличение правых отделов сердца. Можно выявить расширение ствола и главных ветвей ЛА, симптом деформации и укорочения корня. Специфическим признаком является обеднение легочного рисунка в зоне нарушенного кровоснабжения

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта не расширена, левые камеры сердца сдавлены дилатированными правыми отделами сердца.. Правый желудочек увеличен: из парастернальной позиции – 4,7 см, из апикальной позиции – 5,8 см. Правое предсердие: из апикальной позиции – 6,4 x 6,8 см. Показатели сократительной функции миокарда левого желудочка не изменены. Снижена фракция выброса правого желудочка до 35%. Дилатация ствола легочной артерии. Доплер-эхокардиография: систолическая регургитация в полость правого предсердия III степени; Легочная регургитация II степени, систолическое давление в *легочной артерии* 105 мм рт. ст. (расчет по скорости трикуспидальной регургитации). Нижняя полая вена расширена со снижением ее спадения на вдохе. Давление заклинивания легочных капилляров в пределах нормы. Выявлены признаки высокой прекапиллярной легочной гипертензии с повышением легочного сосудистого сопротивления до 8,8 Вуд.

Спирометрия

Нормальная бронхиальная проходимость

Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей

Признаков тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей не обнаружено

Ретроградная илеокаваграфия

Признаков тромбоза нижней полой вены и вен малого таза не обнаружено.

К наиболее информативным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- не показано
- показано
- желательно
- возможно

Результаты инструментальных методов обследования

Проведение вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких

Обнаруживаются дефекты перфузии в долевыми и сегментарными зонами при отсутствии нарушений вентиляции.

Катетеризация правых отделов сердца (КПОС)

Проводится с помощью термодилуционного катетера Свана–Ганца: давление в ЛА 118/75 мм рт. ст. (в норме до 30/12 мм рт. ст.); среднее давление в ЛА 85 мм рт. ст. (в норме до 19 мм рт. ст.), давление в правом предсердии 12 мм рт. ст. (в

норме 4–5 мм рт. ст.); давление заклинивания ЛА 10 мм рт. ст. (в норме до 12 мм рт. ст.); сердечный индекс 2,9 л/мин (в норме 4–7 л/мин); легочное сосудистое сопротивление 750 дин с/см⁵ (в норме 50–120 дин с/см⁵);

Проведение селективной ангиопульмонографии

Значительное расширение основного ствола легочной артерии и ее крупных ветвей, массивный тромбоз субсегментарных артерий правой главной ветви ЛА

Внутривенное контрастирование сердца при проведении трансторакальной эхокардиографии

Патологических потоков не выявлено, данных за наличие врожденного порока сердца нет

Ультразвуковое исследование органов малого таза

Состояние после экстраперитонеальной кольпопексии, менопауза

Полисомнографическое исследование

Гипнограмма без диагностически значимой патологии

Выявленная легочная гипертензия является

- хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ)
- посткапиллярной легочной гипертензией
- реактивной легочной гипертензией
- легочной артериальной гипертензией

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ)
- посткапиллярной легочной гипертензией
- реактивной легочной гипертензией
- легочной артериальной гипертензией

Диагноз

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия высокой степени. Дыхательная недостаточность II степени.

Осложнение: Хроническое легочное сердце: относительная недостаточность трикуспидального клапана III ст., недостаточность легочного клапана II ст. Декомпенсация. ХСН II А, ФК IV по NYHA

Идиопатическая легочная артериальная гипертензия. Гипертрофия правого желудочка. Относительная недостаточность ТК II ст, недостаточность ЛК I. ХСН I ст. ФК II (ВОЗ)

Хроническая ревматическая болезнь сердца. Сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза 3 степени и недостаточностью I ст.

Реактивная легочная гипертензия высокой степени тяжести с недостаточностью легочного клапана II ст. Относительная недостаточность трикуспидального клапана III ст. ХСН II Б. ФК IV по NYHA

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ст. Постинфарктный кардиосклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Пассивная венозная легочная гипертензия. ХСН II А, ФК II по NYHA

Возможными факторами риска развития хронической тромбоэмболической легочной гипертензии являются + _____ + факторы риска

- алиментарные
- демографические
- поведенческие
- плазменные

Дальнейшее лечение пациентки должно проводиться в условиях

- «санаторно-курортных»
- поликлиники
- «дневного стационара»
- стационара

Медикаментозное лечение больных хронической тромбоэмболической легочной гипертензией включает назначение + _____ + лекарственной терапии

- этиотропной
- симптоматической
- поддерживающей
- специфической

Пожизненная медикаментозная антикоагулянтная терапия у данной пациентки

- не желательна
- возможна, но не желательна
- возможна, но не обязательна
- обязательна

Препаратом выбора из антикоагулянтов для лечения данной пациентки является

- варфарин
- дабигратана этексилат
- ривароксабан
- апиксабан

Основу специфической терапии для лечения данной пациентки составляет

- ЛАГ-специфическая терапия для лечения легочной артериальной гипертензии

- противовоспалительная
- бронходилатирующая
- гипотензивная

Рекомендуется оценить целесообразность и возможность проведения данной пациентке

- септальной миэктомии
- септальной алкогольной аблации
- имплантации кардивертера-дефибриллятора
- легочной эндартерэктомии (ТЭЭ)

В случае неоперабельности или при резидуальной форме легочной гипертензии после легочной тромбэндартерэктомии рекомендуется оценить целесообразность и возможность проведения данной пациентке

- септальной миэктомии
- септальной алкогольной аблации
- имплантации кардивертера-дефибриллятора
- легочной эндартерэктомии (ТЭЭ)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме женщина 78 лет вместе с внучкой.

Жалобы

Жалобы на снижение памяти на недавние события, сложность в подборе слов при разговоре, ухудшение ориентации в малознакомой местности, эпизоды дезориентации, возбуждения, шаткость при ходьбе, недержание мочи при чихании, кашле, плохой сон, снижение слуха на оба уха

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов внучки.

Проблемы с памятью около 3-х лет. Обращалась к неврологу. По УЗДГ сосудов шеи: гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Принимала курсами сосудистые препараты без эффекта. Со временем симптоматика нарастала.

Больная почти перестала выходить из дома, готовить и заниматься домашними делами. 2 недели назад вышла из дома и не смогла найти дорогу домой. Была найдена дочкой сидящей на лавочке в 1 км от дома.

В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Принимает метформин, периндоприл.

Отмечает недержание мочи.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование 10 классов. Работала кладовщицей до 55 лет. Проживает одна. Вредные привычки отрицает

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, вес – 82 кг. ИМТ – 29,8

кг/м². Телосложение: правильное, нормостеничное, Температура тела 36.6°C.

* Кожные покровы и слизистые: чистые, физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, смещаемая, безболезненная, мягкоэластической консистенции, однородная. Периферические отеки – нет.

* При сравнительной перкуссии легких выслушивается ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в 1 минуту.

* Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин. АД 140/90 мм рт. ст.

* Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул – ежедневный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

* Шкала Возраст не помеха: 4 балла (память, недержание мочи, сенсорный дефицит, падения)

* SPPB – 10 баллов

Для установления диагноза обязательное обследование на данном этапе включает проведение

- септальной миктомии
- септальной алкогольной аблации
- имплантации кардивертера-дефибриллятора
- легочной эндартерэктомии (ТЭЭ)

Результаты обследования

Нейропсихологическое тестирование

Краткая шкала оценки психического статуса – 20 баллов.

Гериатрическая шкала депрессии

10 баллов

Оценка боли по шкале ВАШ

По шкале ВАШ 0 /10 баллов

Ортостатическая проба

Ортостатическая проба отрицательная

Для оценки влияния когнитивных нарушений на повседневную активность пациентки (функционального статуса) используют

- септальной миктомии
- септальной алкогольной аблации
- имплантации кардивертера-дефибриллятора
- легочной эндартерэктомии (ТЭЭ)

Результаты обследования

Шкала оценки базовой функциональной активности (индекс Бартел)

75 баллов

Шкала Лоутона инструментальной функциональной активности

4/8

Шкала MNA

17 баллов

Опросник «Возраст не помеха»

5 баллов

Оценка по шкале спутанности сознания

Делирий

Тест «Встань и иди»

14 секунд

Для подтверждения диагноза у пациента необходимо выполнить следующее инструментальное исследование

- септальной миэктомии
- септальной алкогольной аблации
- имплантации кардивертера-дефибриллятора
- легочной эндартерэктомии (ТЭЭ)

Результаты инструментального метода обследования

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга

Рентгенография органов грудной клетки

Органы грудной клетки без очаговых и инфильтративных изменений.

Возрастной пневмосклероз

ЭХО-кардиография

Фракция выброса 63%. Камеры сердца не расширены. Аортальная регургитация 1 ст. Митральная регургитация 1 ст. Толщина межжелудочковой перегородки 12 мм

Суточное мониторирование ЭКГ

Синусовый ритм с min ЧСС 53/мин, max ЧСС 101/мин, средняя ЧСС 68/мин. единичная ЖЭС. НЖЭС: одиночные-76, парные-2, пробежка НЖТ 7 эпизодов. максимальная продолжительность эпизода НЖ- тахикардии – 9 комплексов (04 сек.) в 05:12:35. ЧСС в эпизоде НЖ- тахикардии составила 117 уд в мин в 13:32:06. Пауз нет. Незначительная (менее -1,0 мм от изолинии, J + 60 ms) горизонтальная депрессия сегмента ST регистрировалась в течение всего периода ХМ. Колебания амплитуды зубца Т.

В качестве необходимых исследований могут рассматриваться следующие показатели клинико-лабораторного обследования

- септальной миэктомии
- септальной алкогольной аблации
- имплантации кардивертера-дефибриллятора
- легочной эндартерэктомии (ТЭЭ)

Результаты клинико-лабораторного обследования

Общий анализ крови

гемоглобин - 123 г/л (норма 120-130 г/л), лейкоциты - 7,8 x 10⁹ (норма), СОЭ 16 мм/ч (норма)

Определение креатинина сыворотки с расчетом СКФ по формуле СКД-ЕРІ
СКФ 63 мл/мин/1,73 м² (норма для данного возраста 60-89 мл/мин/1,73 м²)

ТТГ

3,2 мЕД/л (норма 0.4 - 4.90 мЕД/л)

Липидный профиль

холестерин общий 5,5 ммоль/л (норма до 5,0 ммоль/л), ЛПНП 3,2 ммоль/л (целевой уровень не достигнут)

Тропонин

0,026 нг/мл (норма до 0,05 нг/мл)

Гликированный гемоглобин

HbA1c 5,7 % (норма до 6,0%)

Для скрининга синдрома старческой астении у пациентки необходимого провести

- септальной миэктомии
- септальной алкогольной аблации
- имплантации кардивертера-дефибриллятора
- легочной эндартерэктомии (ТЭЭ)

Результаты обследования

Опрос по шкале «Возраст не помеха»

4 балла: снижение зрения и слуха, травмы, связанные с падением, снижение памяти и других когнитивных функций и ограничение мобильности

Тест рисования часов

10 баллов

Тест «Встань и иди»

20 секунд

Оценка индекса Бартел

95 баллов

Слайд №1

Представленный тест «Рисование часов» (Слайд №1), выполненный данной пациенткой, должен быть оценен как + ____ + из 5 баллов

- 1
- 5
- 4
- 3

В первую очередь необходимо исключить следующее заболевание

- болезнь Крейтцфельдта-Якоба
- дисциркуляторную энцефалопатию
- болезнь Паркинсона
- болезнь Альцгеймера

Базисная терапия у данной пациентки должна включать применение

- ингибиторов ацетилхолинэстеразы или ингибиторов НМДА рецепторов
- триптанов и антидепрессантов
- антиоксидантов и витаминов
- венотоников и ноотропов

К ожидаемым частым побочным эффектам базисной терапии относят

- увеличение риска тромбозов
- лихорадку, геморрагическую сыпь
- тошноту, рвоту, диарею
- снижение клиренса креатинина

Для коррекции психических и поведенческих расстройств должны применяться

- атипичные нейролептики
- антиоксиданты
- альфа-адреноблокаторы
- производные пирролидона

К атипичным нейролептикам, используемым для коррекции психических и поведенческих расстройств, относят

- кветиапин
- галоперидол
- хлорпротиксен
- алимемазин

Прогноз для пациентов с подобной симптоматикой от момента постановки диагноза до смерти в среднем составляет

- кветиапин
- галоперидол
- хлорпротиксен
- алимемазин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет обратилась к гинекологу в районную женскую консультацию.

Жалобы

На непроизвольное выделением мочи во время физической нагрузки (при смехе, кашле, чихании, поднятии тяжестей).

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят пациентку в течение последних 7 лет с тенденцией к усилению. В течение последнего года периодически принимала Дулоксетин в дозе 40 мг 2 р/сут, без эффекта.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – повар.

Количество беременностей: 3, роды – 3, срочные, через естественные родовые пути, без осложнений.

Менструальная функция: менархе с 12 лет по 4-5 дней через 29-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последняя нормальная менструация в 52 года. Постменопауза 8 лет. ЗГТ не получает.

Гинекологический анамнез: неполное выпадение матки и влагалища с 45 лет. Лечение не получала.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°C.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Перкуторно над всей грудной клеткой в проекции легких определяется легочный звук с коробочным оттенком. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультативно дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. РО~2~ 98%

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 74 уд в мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, свободное, недержание мочи при напряжении. Стул регулярный.

* Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища бледно-розовая, атрофична. При натуживании шейка матки, передняя и задняя стенки влагалища доходят до гименального кольца. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: шейка матки плотной консистенции, без особенностей, тракции безболезненные, матка нормальных

размеров, мягко-эластической консистенции, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются, их область безболезненная, выделения скудные слизистые, без запаха. Кашлевой тест положительный. **Рекомендованными лабораторными методами обследования мочи при первичном обследовании пациентов с недержанием мочи являются**

- кветиапин
- галоперидол
- хлорпротиксен
- алимемазин

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ мочи

[cols=" , ^",,]

|=====

| *Показатели* | *Значение*

| количество | 172 мл

| цвет | соломенный

| прозрачность | полная

| плотность | 1.022

| рН | 5.7

| белок | 1.013 г/л

| глюкоза | отсутствует

| билирубин | отсутствует

| уробилиноген | следы

| Кетоновые тела | отсутствуют

| эритроциты | 1 в поле зрения

| Лейкоциты | 2 в поле зрения

| Эпителий | Единичные клетки плоского и переходного эпителия в поле зрения

| цилиндры | Единичные гиалиновые цилиндры в поле зрения

|=====

Суточный анализ мочи на белок

[cols=" , ^, ^, ^",,]

|=====

| *Анализ* | *Значение* | *Ед.Измерения* | *Пределы*

| Объем мочи | 2070 | мл/сут | 2000-3000

| Общий белок в моче | 0.038 | г/л | 0-0.15

| Общий белок моче суточной | 0.08 | г/сут | 0.03-0.15

|=====

Анализ мочи по Зимницкому

Биохимический анализ мочи

[cols=" , ^, ^",,]

|=====

Показатель	*Значение*	*Норма*
Амилаза	10 ед/л	1-12,5 ед/л
Глюкоза	Отсутствует	До 11,1 ммоль/сут
Белок общий	0.0013 г/л	До 0,03 г/л
Калий	43 ммоль/сут	35-78 ммоль/сут
натрий	155 ммоль/сут	87-217 ммоль/сут
фосфор	0.9 г/сут	До 3 г/сут
Креатинин	0.6 г/л	0,5-1,4 г/л
Микроальбумин	0.7 ммоль/сут	0-3 ммоль/сут
Мочевина	342 ммоль/сут	284-2245 ммоль/сут
Мочевая кислота	0.6 г/сут	0,4-1,1 г/сут

К основным инструментальным методам обследования при недержании мочи относят

- кветиапин
- галоперидол
- хлорпротиксен
- алимемазин

Результаты инструментальных методов обследования

Определение объёма остаточной мочи при ультразвуковом исследовании

Количество остаточной мочи 2 мл

Комплексное уродинамическое исследование

{nbsp}

Заключение: уродинамическое стрессовое недержание мочи.

Восходящая цистография

Патологии не выявлено

Экскреторная урография

При экскреторной урографии со стороны почек и мочевыводящих путей патологических изменений не выявлено

В качестве основного диагноза можно предположить

- кветиапин
- галоперидол
- хлорпротиксен
- алимемазин

Диагноз

Стрессовое недержание мочи. Пропалс гениталий II степени.

Атрофический кольпит

**Гиперактивный мочевой пузырь. Проплапс гениталий II степени.
Атрофический кольпит**

Ургентное недержание мочи. Проплапс гениталий II степени

**Смешанная форма недержания мочи. Проплапс гениталий III степени.
Атрофический кольпит**

Дальнейшее дообследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- отделения гинекологии (стационарно)
- неврологического отделения стационара
- дневного стационара
- женской консультации (амбулаторно)

Предпочтительной лечебной тактикой для данной пациентки является

- исключительно хирургическое лечение
- исключительно медикаментозное лечение
- немедикаментозная терапия, включающая комплекс упражнений по Кегелю, Атабекову
- комплексное (хирургическое +медикаментозное) лечение

Хирургическое вмешательство у данной больной должно включать в себя

- изолированную коррекцию пролапса тазовых органов
- изолированную коррекцию недержания мочи
- надвлагалищную ампутацию матки
- одновременную коррекцию пролапса тазовых органов и стрессового недержания

Наиболее частым послеоперационным осложнением, возникшем спустя более 24 часов после хирургической коррекции недержания мочи, является

- ранение мочевого пузыря
- повреждение запирающего нерва
- эрозии влагалища
- дискомфорт при половой жизни

Показанием к выписке пациентки из стационара является

- восстановление полного или частичного удержания мочи и самостоятельного мочеиспускания
- нормальные показатели клинического анализа мочи
- отсутствие гипертермии в течение > 24 часов
- восстановление самостоятельного мочеиспускания

Данная пациентка относится к категории с осложненным стрессовым недержанием мочи, так как у нее имеется

- пролапс половых органов
- анамнез повторных родов через естественные родовые пути
- избыток массы тела
- длительность постменопаузы более 5 лет

Основным методом самоконтроля оценки эффективности терапии у пациентов с недержанием мочи является

- заполнение опросников и дневников мочеиспускания
- сбор суточной мочи 1 раз в 7-10 дней с определением объема мочи и ее визуальной оценкой (цвет, наличие примесей и т.п.)
- повторные клинические анализы мочи
- пальпаторное определение дна мочевого пузыря, выступающего над лоном

Периодичность осмотров пациентов с недержанием мочи, находящихся на диспансерном учете, составляет

- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в 3 месяца
- 2 раза в год

При лечении рецидивного недержания мочи пациентам, которым ранее проводились хирургические вмешательства по поводу стрессового недержания мочи, не принесшие эффекта, при повторном хирургическом вмешательстве рекомендуется

- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в 3 месяца
- 2 раза в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет, обратилась в поликлинику.

Жалобы

На боли в области левой стопы при ходьбе.

Анамнез заболевания

Со слов больной травмы не было. 3 недели назад до обращения стала отмечать появление боли в переднем отделе стопы при ходьбе, иногда онемение в пальцах. Много ходила на даче, занималась уборкой и огородом. В настоящий момент боль усилилась. Ходит без внешней опоры, не хромот. Страдает

гипертонической болезнью. Сахарным диабетом 2 типа. Пенсионер. Живёт одна.

Анамнез жизни

- * комбинированное плоскостопие
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, рост 170 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Местный статус

Определяется распластанность переднего отдела левой стопы. Вальгусная деформация 1 пальца. При пальпации болезненность в проекции 3 межпальцевого промежутка. Объём движений в левой стопе не ограничен и не вызывает боль.

Инструментальным исследованием, необходимым для постановки диагноза в данной ситуации, является

- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в 3 месяца
- 2 раза в год

Результаты инструментального исследования

Ультразвуковое исследование левой стопы

Заключение УЗИ: снижение эхогенности, неспецифическое утолщение общего подошвенного межпальцевого нерва 3-4 пальца стопы. Картина может соответствовать невриноме Мортонна.

На Rg определяется вальгусная деформация I пальца левой стопы.

Магнитно-резонансная томография левой стопы

На момент исследования между III и IV пальцами на уровне плюснофаланговых суставов визуализируется дополнительное включение, «гантелеобразной» формы на аксиальных томограммах, с чётким контуром, без перифокального отёка.

Компьютерная томография левой стопы

На КТ: костно-травматических изменений не выявлено, определяется вальгусная деформация I пальца левой стопы.

Рентгенография левой стопы

На Rg: определяется вальгусная деформация I пальца левой стопы.

Важным диагностическим ультразвуковым критерием является

- наличие связи выявленного образования с межпальцевым нервом
- наличие неоднородной жидкости в полости

- нарушение контура суставной поверхности (эрозии)
- обильная васкуляризация образования

Указанная клинико-диагностическая картина соответствует следующему заболеванию

- наличие связи выявленного образования с межпальцевым нервом
- наличие неоднородной жидкости в полости
- нарушение контура суставной поверхности (эрозии)
- обильная васкуляризация образования

Диагноз

Неврома Мортона

Ревматоидный артрит

Энтезопатия сухожилий мышц стопы

Артроз плюсно-фаланговых суставов

Для болезни Мортона характерными симптомами являются

- ощущение «прострела» по задней поверхности бедра и голени
- гипалгезия в пальцах стопы, чувство «жжения»
- отсутствие движений пальцами стопы
- боль в 1 плюсно-фаланговом суставе, его покраснение и отек

Типичная локализация боли при невроме Мортона в

- III межпальцевом промежутке
- головке 5 плюсневой кости
- I межпальцевом промежутке
- I плюсно-фаланговом суставе

Дополнительным исследованием для установления диагноза неврома Мортона является

- исследование крови на хламидиоз
- биопсия с гистологическим исследованием
- клинический анализ крови, кровь на С-реактивный белок, мочевую кислоту и ревматоидный фактор
- анализ крови на онкомаркеры

При проведении плантографии можно оценить

- размеры пяточной «шпоры»
- выраженность признаков деформации стопы (плоскостопие)

- степень вальгусного отклонения 1 пальца стопы
- размеры невromы Мортона

Лечением невromы Мортона, обусловленной механическим фактором, занимается врач

- ревматолог
- травматолог-ортопед
- невролог
- хирург

Лечение невromы Мортона начинается с

- ударно-волновой терапии
- физиотерапии
- хирургического иссечения опухоли
- нестероидных противовоспалительных средств

Основным принципом немедикаментозного лечения невromы Мортона является

- массаж стоп
- диетотерапия с пониженным содержанием пуриновых оснований
- магнитотерапия на область поражения
- использование индивидуальных ортезов

Оперативное лечение невromы Мортона

- необходимо сразу после постановки диагноза
- показано при безуспешности консервативного лечения
- не показано
- может быть рекомендовано при длительности заболевания более 5 лет

Основной причиной формирования невromы Мортона является

- необходимо сразу после постановки диагноза
- показано при безуспешности консервативного лечения
- не показано
- может быть рекомендовано при длительности заболевания более 5 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 69 лет, обратилась в отделение диабетической стопы.

Жалобы

На рану в области второго пальца левой стопы, периодические боли в области

раны, отечность второго пальца левой стопы, периодически судороги в икроножных мышцах; высокие показатели гликемии по данным контроля.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет диагностирован в 40 лет, 29 лет назад во время проведения диспансеризации. На момент манифестации гликемия составила 13 ммоль/л, отмечалась глюкозурия, жалобы отсутствовали. Назначены различные схемы пероральных сахароснижающих препаратов без видимого эффекта. В связи с декомпенсацией углеводного обмена переведена на инсулинотерапию. В настоящее время находится на интенсифицированной схеме инсулинотерапии аналогами человеческого инсулина: гларгин – 60 ЕД утром и вечером, аспарт – по 12–16 ЕД перед каждым приемом пищи. Контроль гликемии регулярный, 3–5 раз в сутки, диету соблюдает, подсчет количества ХЕ нерегулярный, склонности к гипогликемиям нет. Последний контроль гликированного гемоглобина 2 года назад – 8,6%.

Около 15 лет назад впервые появились жалобы на снижение зрения, тогда же был поставлен диагноз: препролиферативная ретинопатия, проведена лазерная фотокоагуляция обоих глаз.

8 лет назад находилась на стационарном лечении в отделении диабетической стопы, где диагностировано наличие критической ишемии правой нижней конечности и влажной гангрены первого пальца правой стопы, по поводу чего была проведена баллонная ангиопластика малоберцовой артерии справа, ампутация первого пальца правой стопы с последующей пластикой раны местными тканями. В последующем была выполнена ангиопластика подколенной артерии слева, затем, в связи с развитием критической ишемии левой нижней конечности пациентке выполнена механическая реканализация, баллонная ангиопластика левой малоберцовой артерии, стентирование левой передней большеберцовой артерии с достижением удовлетворительного ангиографического результата. Однако впоследствии диагностирован остеомиелит головки первой плюсневой кости левой стопы, в связи с чем была выполнена ампутация первого пальца с головкой первой плюсневой кости с последующей пластикой раны местными тканями. Позднее проведено вскрытие флегмоны правой стопы. В отделении диабетической стопы по данным УЗДС артерий нижних конечностей выявлен стеноз до 60–70% подколенной артерии справа, окклюзия правых задних большеберцовых, передних большеберцовых артерий, стеноз малоберцовой артерии, проведена механическая реканализация, баллонная ангиопластика правой передней большеберцовой, подколенной артерии и малоберцовой артерии. Достигнут удовлетворительный ангиографический эффект. По данным контрольного дуплексного сканирования кровотоков по передней большеберцовой, подколенной артерии и малоберцовой артерии удовлетворительный. Выполнена аутодермопластика раны правой стопы кожным лоскутом с передней поверхности правого бедра.

Настоящее ухудшение состояния около полугода, когда в области второго пальца левой стопы возникла незаживающая рана, периодически боли, отек в области пальцев левой стопы, припухлость второго пальца левой стопы.

Пациентка госпитализирована в отделение диабетической стопы для проведения оперативного лечения.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь около 20 лет, принимает лозартан 100 мг в сутки, гидрохлортиазид 25 мг в сут, амлодипин 5 мг в сут. Инфаркт миокарда 10 лет назад. Принимает аторвастатин 20 мг.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес – 88 кг, рост – 162 см. ИМТ – 33,5 кг/м².
Кожные покровы чистые. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые.
Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена.
Пульс – 81 уд./мин. АД – 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД – 17/мин., дыхание везикулярное.
Язык влажный чистый. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Локальный статус :

Правая стопа: состояние после трансметатарзальной резекции. Левая стопа: состояние после ампутации первого пальца. Второй палец отечен, гиперемирован, раневых дефектов пальца нет.

Необходимыми для мониторинга состояния пациентки лабораторными методами обследования являются

- необходимо сразу после постановки диагноза
- показано при безуспешности консервативного лечения
- не показано
- может быть рекомендовано при длительности заболевания более 5 лет

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование гликированного гемоглобина (HbA1c)

HbA1c 8,9% (норма 4,8-5,9%)

Биохимический анализ крови

Показатель	Значение	Референсный диапазон
общий белок	62,5 г/л	62--81
мочевина	8,5 ммоль/л	2,9--8,2
креатинин	95,3 мкмоль/л	50-98
СКФ	53 мл/мин	Более 90
билирубин общий	10,5 мкмоль/л	3,4--20,5
холестерин общий	5,8 мкмоль/л	Менее 4,5
триглицериды	2,84 ммоль/л	Менее 1,7
ЛПВП	0,754 ммоль/л	Более 1,3
ЛПНП	3,1 ммоль/л	Менее 1,4
натрий	139 ммоль/л	135-155
калий	4,5 ммоль/л	3,4-5,3
АСТ	23	0-35
АЛТ	19	0-30

Исследование альбуминурии

112,5 мг/24 часа

Исследование паратгормона крови

4,7 пмоль/л (1,6-6,9)

Исследование кальцитонина крови

0,5 пг/мл (менее 5,0)

К необходимым инструментальным методам обследования у этой пациентки с учетом наличия заболевания артерий нижних конечностей в качестве метода первой линии относят

- необходимо сразу после постановки диагноза
- показано при безуспешности консервативного лечения
- не показано
- может быть рекомендовано при длительности заболевания более 5 лет

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей

Слева: общая бедренная артерия (ОБА) в проксимальном отделе с магистральным типом кровотока, стенки утолщены, гиперэхогенны, по задней поверхности пролонгированная гиперэхогенная АСБ, стеноз 30–40%.

Поверхностная бедренная артерия (ПБА) в устье циркулярная гетерогенная АСБ, стеноз 60%, кровоток магистрально-измененный. Отступив от устья 2,5 см, определяется проксимальный конец стента диаметром 5 мм. На протяжении до 1/3 бедра визуализируются последовательно установленные стенты диаметром 5–6 мм, просвет неравномерно окрашивается в режиме ЦДК.

Пристеночно определяются гетерогенные массы, стенозирующие просвет сосуда до 50–60%. Кровоток магистрально-измененный. Глубокая артерия бедра (ГАБ) визуализируется в устье с магистрально-измененным кровотоком, по задней стенке гиперэхогенная АСБ, стенозирующая просвет сосуда в устье на 60%. Подколенная артерия (ПА) проходима с магистрально-измененным кровотоком, стеноз около 40% за счет тубулярной гиперэхогенной АСБ. Задняя большеберцовая артерия (ЗББА) окклюзирована. Передняя большеберцовая артерия (ПББА) в устье проходима, дистальнее на протяжении в режиме ЭДК картируется с магистрально-измененным кровотоком на всем протяжении. Фрагментарный стеноз до 60%. Малоберцовая артерия (МБА) картируется с магистрально-измененным кровотоком на всем протяжении, на границе средней и нижней трети голени диффузный стеноз до 60–70%. Тыльная артерия стопы (ТАС) проходима с магистральноизмененным кровотоком.

Справа: общая бедренная артерия (ОБА) в проксимальном отделе с магистральным типом кровотока, стенки утолщены, гиперэхогенны, по задней поверхности пролонгированная гиперэхогенная АСБ, стеноз 45–50%.

Поверхностная бедренная артерия (ПБА) в устье циркулярная гиперэхогенная АСБ, стеноз 40%. Пристеночно определяются гиперэхогенные АСБ на всем протяжении, стенозирующие просвет сосуда в 1/3 и ср/3 бедра 60%. В проксимальном сегменте визуализируется стент диаметром 5–6 мм, проходим, рестеноз 40%. Кровоток магистрально-измененный. Глубокая артерия бедра

(ГАБ) визуализируется в устье с магистрально-измененным кровотоком, по задней стенке гиперэхогенная АСБ, стенозирующая просвет сосуда в устье на 50%. Подколенная артерия (ПА) проходима, на уровне щели к.с. до 50%, ниже щели к.с. 60–70% за счет циркулярной гиперэхогенной АСБ, кровоток магистрально-измененного типа. Задняя большеберцовая артерия (ЗББА) преимущественно окклюзирована. Передняя большеберцовая артерия (ПББА) – ствол артерии преимущественно сохранен с магистральноизмененным кровотоком, диффузный стеноз 60–70%. Малоберцовая артерия (МБА) – ствол артерии преимущественно сохранен с магистрально-измененным кровотоком, диффузный стеноз 60–70%. Тыльная артерия стопы (ТАС) проходима в проксимальной части стопы с магистральноизмененным кровотоком.

Магнитно-резонансная ангиография артерий голени

Задняя большеберцовая артерия справа проходима на всем протяжении; передняя большеберцовая и малоберцовая артерии окклюзированы; коллатеральное заполнение артерий отсутствует

***Заключение*:** Окклюзия передней большеберцовой и малоберцовой артерий правой голени.

{nbsp}

Мультиспиральная компьютерная ангиография артерий нижних конечностей

***Заключение*:** МСКТ-признаки протяженного двустороннего стеноза обеих нижних конечностей с признаками рестеноза в области стента в правой ПБА.

Рентгенконтрастная ангиография (РКАГ) артерий нижних конечностей

***Заключение*:** Признаки распространенного окклюзирующего поражения артерий нижних конечностей

{nbsp}

В рамках мониторинга больных сахарным диабетом 2 типа пациентке необходим осмотр

- необходимо сразу после постановки диагноза
- показано при безуспешности консервативного лечения
- не показано
- может быть рекомендовано при длительности заболевания более 5 лет

Результаты обследования

Офтальмолог

Диабетическая пролиферативная ретинопатия обоих глаз. Состояние после панретинальной лазерной коагуляции. Макулопатия. Осложненная катаракта. Простой миопический астигматизм. OS – Рубеоз радужки.

Гастроэнтеролог

НАЖБП: жировой гепатоз.

Ортопед-травматолог

Hallux valgus

Акушер-гинеколог

Атрофия слизистой влагалища

Целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}, %) у пациентки должен быть менее + _____ +%

- 9,5
- 8,5
- 8,0
- 9,0

Целевая концентрация холестерина липопротеидов низкой плотности для этой пациентки должна быть менее + _____ + ммоль/л

- 1,4
- 2,5
- 4,5
- 1,8

Выберите целевые значения артериального давления для этой пациентки + _____ + мм.рт.ст

- систолическое ≥ 120 и < 130 , диастолическое ≥ 70 и < 80
- систолическое ≥ 130 и < 140 , диастолическое ≥ 80 и < 90
- систолическое ≥ 110 и < 120 , диастолическое ≥ 70 и < 80
- систолическое ≥ 130 и < 140 , диастолическое ≥ 70 и < 80

Диабетическая нефропатия у пациентки соответствует + _____ + стадии хронической болезни почек

- С4
- С2
- С3б
- С3а

С учетом наличия заболевания артерий нижних конечностей у пациентки и мультифокального характера поражения артерий при сахарном диабете показано проведение

- магнитно-резонансной ангиографии головного мозга
- УЗДС артерий верхних конечностей
- УЗДС брахиоцефальных артерий
- рентгенконтрастной ангиографии почечных артерий

С учетом наличия язвы стопы диагноз критической ишемии нижней конечности предполагается при лодыжечном давлении + _____ + мм рт. ст

- менее 120
- менее 40
- менее 70

- более 70

С целью лечения критической ишемии нижней конечности показано

- поясничная симпатэктомия
- эндоваскулярная или хирургическая реваскуляризация конечности
- терапия вазодилататорами
- ампутация конечности
- «реваскуляризирующая» остеотрепанация

В связи с наличием инфаркта миокарда у пациентки в анамнезе для вторичной профилактики рекомендован прием

- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12
- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина

Интенсифицированная инсулинотерапия возможна только при сохранении + _____ + у данной пациентки пожилого возраста

- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12
- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 71 год, обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На слабость, дрожь, холодный пот, на фоне снижения гликемии до 2 ммоль/л.

Анамнез заболевания

Страдает сахарным диабетом в течение 20 лет. В дебюте заболевания были назначены пероральный препарат – глибенкламид в дозе 3,5 мг 2 таблетки в сутки. Последние несколько лет до настоящей госпитализации получала пероральные сахароснижающие препараты: глибенкламид – 3,5 мг 2 таблетки п/завтраком и 1 таблетка п/ужина, метформин – 850 мг 1 таблетка утром и 1 таблетка на ночь. Уровень гликемии контролирует самостоятельно по глюкометру – от 4 до 6 ммоль/л. Последний месяц уровень гликемии не контролировала. У эндокринолога наблюдается. Диету не соблюдает. Отмечает частые гипогликемические состояния, которые сопровождаются вышеуказанными жалобами. Госпитализирована в специализированное отделение.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь около 10 лет, принимает эналаприл 10 мг в сутки. Инфаркт миокарда 5 лет назад. Оперативное лечение по поводу многоузлового зоба (тиреоидэктомия). Принимает L-тироксин – 75 мкг/сут. ТТГ – 2,4 МЕ/мл.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 156 см. Вес – 62 кг. ИМТ – 25,4 кг/м². Сознание ясное. Температура тела – 36,6 С. Кожные покровы бледные. Периферические отеки отсутствуют. Пульсация на периферических артериях сохранена. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс – 68/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС – 68/мин. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Чувствительность стоп: температурная сохранена; болевая снижена; тактильная снижена.

Необходимыми для мониторинга данной пациентки с сахарным диабетом лабораторными методами обследования являются

- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12
- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование гликированного гемоглобина (HbA1c)

HbA1c 5,20% (норма 4,8-5,9%)

Биохимический анализ крови

=====		
Показатель	Значение	Референсный диапазон
общий белок	67,3 г/л	62--81
мочевины	11,5 ммоль/л	2,9--8,2
креатинин	88,3 мкмоль/л	50-98
СКФ	57 мл/мин	Более 90
билирубин общий	9,4 мкмоль/л	3,4--20,5
холестерин общий	5,1 мкмоль/л	Менее 4,5
триглицериды	1,8 ммоль/л	Менее 1,7
ЛПВП	1,54 ммоль/л	Более 1,3
ЛПНП	2,4 ммоль/л	Менее 1,4
натрий	142 ммоль/л	135-155
калий	4,1 ммоль/л	3,4-5,3
АСТ	23	0-35
АЛТ	19	0-30

Исследование альбуминурии

17,4 мг/24 часа

Исследование паратгормона крови

4,7 пмоль/л (1,6-6,9)

Исследование кальцитонина крови

0,5 пг/мл (менее 5,0)

К необходимым инструментальным методам обследования в рамках мониторинга больных сахарным диабетом 2 типа относят

- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12
- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина

Результаты инструментальных методов обследования

Электрокардиография

Ритм синусовый. ЧСС – 80/мин. ЭОС отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки

Легкие без очаговых и инфильтративных изменений.

УЗИ органов брюшной полости

УЗ-признаки диффузных изменений печени, диффузных изменений поджелудочной железы и почек, удвоения ЧЛС справа.

Эзофагогастродуоденоскопия

Смешанный гастродуоденит. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит-1. Дуоденогастральный рефлюкс.

УЗДГ вен нижних конечностей

УЗ-признаков тромбоза в системе глубоких и поверхностных вен не выявлено.

В рамках мониторинга больных сахарным диабетом 2 типа пациентке необходим осмотр

- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12
- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина

Результаты обследования

Офтальмолог

Диабетическая непролиферативная ретинопатия. OS начальная катаракта, OD зрелая катаракта.

Гастроэнтеролог

Хронический гастродуоденит. ГЭРБ.

Невролог

Диабетическая симметричная дистальная сенсорная нейропатия нижних конечностей

Акушер-гинеколог

Атрофия слизистой влагалища

Целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c, %) у данной пациентки должен быть менее + _____ +%

- 8,0
- 9,5
- 9,0
- 8,5

Целевая концентрация холестерина липопротеидов низкой плотности для этой пациентки должна быть менее + _____ + ммоль/л

- 1,4
- 4,5
- 1,8
- 2,5

Выберите целевые значения артериального давления для этой пациентки + _____ + мм.рт.ст

- систолическое ≥ 130 и < 140 , диастолическое ≥ 80 и < 90
- систолическое ≥ 130 и < 140 , диастолическое ≥ 70 и < 80
- систолическое ≥ 110 и < 120 , диастолическое ≥ 70 и < 80
- систолическое ≥ 120 и < 130 , диастолическое ≥ 70 и < 80

Основным требованием к сахароснижающим препаратам у данной пациентки с СД 2 типа является

- минимальный риск гипогликемии
- кардиопротекция
- нейропротекция
- гепатопротекция

Какой из принимаемых пациенткой препаратов не рекомендован лицам старше 60 лет?

- L-тироксин
- глибенкламид
- эналаприл
- метформин

С целью лечения гиперхолестеринемии требуется назначение

- фибратов
- эзетимиба
- статинов

- ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK-9)

Диетические ограничения данной пациентке

- рекомендованы с ограничением калорийности
- рекомендованы с ограничением белка
- не рекомендованы
- рекомендованы с исключением углеводов

В связи с наличием в анамнезе у пациентки инфаркта миокарда для вторичной профилактики рекомендован прием

- блокаторов рецепторов P2Y12
- низкомолекулярных гепаринов
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

У лиц пожилого возраста предпочтение имеют препараты из группы

- блокаторов рецепторов P2Y12
- низкомолекулярных гепаринов
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 77 лет обратилась к врачу-кардиологу.

Жалобы

На одышку при ходьбе на расстояние до 300 метров и подъёме по лестнице на 2 этаж, ощущение сердцебиения, головокружение, шаткость при ходьбе, изжогу, боли и тяжесть в эпигастральной области, общую слабость.

Анамнез заболевания

В течение 20 лет гипертоническая болезнь с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. Адаптирована к АД 130/70 мм рт. ст.

Дебют ИБС 10 лет назад в возрасте 67 лет в виде инфаркта миокарда без зубца Q нижней локализации, выполнено первичное ЧКВ (стентирование правой коронарной артерии). Через год в связи с рестенозом выполнено повторное стентирование правой коронарной артерии. Приступов стенокардии в настоящее время нет. В раннем постинфарктном периоде возник первый пароксизм фибрилляции предсердий, купированный электрической кардиоверсией. С этого времени 4-5 раз в год возникали пароксизмы ФП, купировались медикаментозно. В течение последних 2х лет пароксизмы участились до 1-2 в месяц, не сопровождались гемодинамическими нарушениями, купировались самопроизвольно. В течение последнего года при измерении АД на тонометре

постоянно отображается индикатор аритмии, и на 3 последовательных ЭКГ регистрируется ФП. Антикоагулянтную терапию никогда не получала. 3 месяца назад перенесла транзиторную ишемическую атаку в бассейне правой средней мозговой артерии.

В течение 18 лет язвенная болезнь 12-перстной кишки, обострения 1-2 раза в год, кровотечений не было.

Постоянно принимает лозартан 50 мг 1 раз в день, бисопролол 2,5 мг 1 раз в день, торасемид 10 мг 1 раз в день, аторвастатин 20 мг 1 раз в день.

Анамнез жизни

* вдова, проживает одна

* сахарный диабет, туберкулёз, гепатит, бронхиальную астму отрицает

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имела

* аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 159 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца неритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, пульс 70 в 1 мин, АД 134/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Небольшая отёчность голеней и стоп.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- блокаторов рецепторов P2Y12
- низкомолекулярных гепаринов
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

Результаты инструментальных методов обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта: корень 2,9 см ($N \leq 3,3$), стенки уплотнены, кальцинированы.

Аортальный клапан трехстворчатый, створки утолщены, кальцинированы, амплитуда раскрытия 1,8 см ($N > 1,5$), кровоток 1,3 м/с ($N < 1,7$), регургитации нет. PGmax на АК 12,8 мм рт.ст.

Толщина межжелудочковой перегородки 1,3 см ($N < 1,0$), толщина задней стенки 1,1 см ($N < 1,0$), ИММЛЖ (ASE) 213,1 г/м², ИОТ 0,34.

Левое предсердие: 5,3 см ($N \leq 3,8$), объём 114 мл ($N \leq 52$); индекс объёма ЛП 66,3 мл/м².

Правое предсердие: 5,6 x 3,6 см, объём 60 мл ($N < 50$); индекс объёма ПП 34,9 мл/м².

Левый желудочек: КДР 6,5 см ($N < 5,3$), КДО 185 мл, КДО/ППТ 107,6 мл/м²,

КСО 69 мл, УО 116 мл, ФВ 62% (mod. Simpson) ($N \geq 54$).

Зоны нарушения локальной сократимости: некоторая асинергия МЖП, гипокинез нижней стенки ЛЖ на среднем уровне.

Правый желудочек: переднезадний размер 3,1 см, стенка правого желудочка 0,47 см.

Митральный клапан: створки утолщены, выраженный кальциноз, движение в противофазе.

PGmax на МК 11,5 мм рт. ст. Митральная регургитация 3 степени.

Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, движение в противофазе, PGmax на ТК N мм рт. ст. Трикуспидальная регургитация 3 степени.

Систолическое давление в ЛА 64 мм рт. ст. ($N < 30$).

Легочная артерия: PGmax на ЛА N мм рт.ст.

Легочная регургитация 1 степени.

Диастолическая функция ЛЖ 1 стадии.

Диаметр нижней полой вены 1,7 см ($N \leq 2,2$), индекс коллабирования более 50%.

Перикард без особенностей.

Заключение: уплотнение и выраженный кальциноз стенок аорты, створок АК, МК. Незначительный стеноз митрального клапана. Значительная дилатация полости ЛЖ и ЛП. Умеренная дилатация полости ПП. Эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Глобальная систолическая функция ЛЖ сохранена. Нарушение локальной сократимости миокарда. Митральная регургитация 3 ст. Трикуспидальная регургитация 3 ст. Легочная регургитация 1 ст.

Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 стадии. Значительная легочная гипертензия.

Суточное мониторирование ЭКГ

Основной ритм: фибрилляция-трепетание предсердий. +

Средняя ЧСЖ – 106 уд/мин. +

Максимальная ЧСЖ – 178 уд/мин. +

Минимальная ЧСС – 63 уд/мин.

Достоверно оценить ишемическую динамику сегмента ST не представляется возможным.

Зарегистрировано 9996 желудочковых экстрасистол (в среднем 440,8 ЖЭС/час, что составило 6,78% от общего числа комплексов QRS).

Одиночные ЖЭС - 7190 +

Бигеминия (число ЖЭС) - 679 +

Парные ЖЭС - 755 +

Паузы ($RR > 2000$ мс) не зарегистрированы.

Проба с физической нагрузкой под контролем ЭКГ

Исходно: ЧСС 92 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст.

Нагрузка 50 Вт 2 минуты: ЧСС 128 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст.

Проба прекращена из-за усталости, общей слабости. Субмаксимальная ЧСС не достигнута. На ЭКГ – динамики сегмента ST нет. Толерантность к нагрузке низкая.

***Заключение*:** проба не информативна (не доведена до диагностических критериев).

Суточное мониторирование АД

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. | 138 | <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. | 116 | <120

| Ночное снижение САД, % | 19 | 10–22

| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. | 79 | <80

| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. | 64 | <70

| Ночное снижение ДАД, % | 18 | 10–22

|=====

Рентгенография лёгких

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

- пароксизмальную
- постоянную
- персистирующую
- впервые выявленную

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует считать

- идиопатической
- следствием гипокалиемии
- осложнением заболевания сердца
- осложнением тиреотоксикоза

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc равна

- 8
- 7
- 9
- 6

Оценка риска кровотечений по шкале HAS-BLED равна

- 2
- 3
- 4
- 1

Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данной пациентки

- возможна, но не обязательна
- возможна, но не желательна
- обязательна
- не желательна

С целью профилактики инсульта пациентке с язвенной болезнью 12-перстной кишки в анамнезе и высоким риском кровотечений, включая желудочно-кишечное, показано назначение

- дабигатрана этексилата
- ривароксабана
- варфарина
- апиксабана

Доза апиксабана у данной пациентки 77 лет с массой тела 67 кг и уровнем креатинина сыворотки 94 мкмоль/л составляет

- 5 мг 1 раз в день
- 2,5 мг 2 раза в день
- 5 мг 2 раза в день
- 2,5 мг 1 раз в день

Одновременное с пероральными антикоагулянтами назначение ацетилсалициловой кислоты с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у данной пациентки

- рекомендуется при отсутствии противопоказаний
- обязательно
- не рекомендуется
- возможно, но не желательно

Монотерапия ацетилсалициловой кислотой для профилактики инсульта у данной пациентки

- не рекомендуется
- рекомендуется из-за сопутствующей язвенной болезни и высокого риска желудочно-кишечного кровотечения
- обладает преимуществами по эффективности и безопасности перед антикоагулянтной терапией
- рекомендуется при отсутствии противопоказаний

На фоне приёма пероральных антикоагулянтов данной пациентке с язвенной болезнью 12-перстной кишки дополнительно показано назначение

- ингибиторов протонной помпы
- антацидов

- Н2-блокаторов
- гастропротекторов

Контролировать функцию почек на фоне приёма антикоагулянтов у данной пациентки с клиренсом креатинина 45 мл/мин следует как минимум

- ингибиторов протонной помпы
- антацидов
- Н2-блокаторов
- гастропротекторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 84 года консультирована врачом-гериатром.

Жалобы

На общую слабость, боль в животе, головокружение, тошноту, рвоту с кровью, потемнение кала.

Анамнез заболевания

Боль в животе появилась в возрасте 75 лет на фоне язвенной болезни желудка, ранее обострение болевого синдрома отмечала 2 раза в год, периодически принимала омепразол и антациды в пероральной форме с положительным эффектом. Последний год боль в животе беспокоит постоянно, купируется только приемом кетопрофена с кратковременным эффектом. Похудела на 9 кг за последние 6 месяцев при обычном весе 65 кг, росте 175 см

Анамнез жизни

До менопаузы тяжелых заболеваний не было. Менопауза в 52 года. Гинекологических операций не было. Курит в течение 20 лет по 1,5 пачки в день. Алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергических реакции не было. Наследственный анамнез не отягощён

Объективный статус

На момент обследования состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Вес - 56 кг, рост – 175 см. Передвигается с трудом, опираясь за стену. Пастозность голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в минуту. Ритм сердца- правильный, тоны приглушены. ЧСС – 95 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, в размерах не увеличен. Печень на 2 см ниже от края реберной дуги. Костно-мышечная система без патологии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул по типу мелена.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- ингибиторов протонной помпы
- антацидов

- Н2-блокаторов
- гастропротекторов

Результаты инструментальных методов обследования

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

Признаки язвенно-инфильтративного поражения слизистой тела желудка

Эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки

Субсерозное новообразование тела желудка без инвазии в висцеральную брюшину. Увеличение правых и левых паракардиальных, желудочно-сальниковых лимфоузлов. Увеличение лимфоузлов ворот селезёнки.

Компьютерная томография органов брюшной полости

Наличие новообразования в правой доли печени.

Рентгенография органов грудной клетки

Электрокардиография

Ритм синусовый. Отклонение электрической оси сердца влево. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса.

Ультразвуковое исследование малого таза

Киста правого яичника.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ингибиторов протонной помпы
- антацидов
- Н2-блокаторов
- гастропротекторов

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|===

|*Показатель* |*Результат* |*Единицы* |*Референсные значения*

|Гемоглобин |104,0 |г/л |120,0 - 150,0

|Гематокрит |29,0 |% |35,0 - 47,0

|Лейкоциты |12,7 |*10⁹/л |4,0 - 9,0

|Эритроциты |3,3 |*10⁹/л |4,0 - 5,7

|Тромбоциты |340,0 |*10⁹/л |150,0 - 320,0

|Ср.объем эритроцита |78,3 |фл |80,0 - 97,0

|Ср.содерж.гемоглобина |26,2 |пг |28,0 - 35,0

|Ср.конц.гемоглобина |325,0 |г/л |330,0 - 360,0

|Цветной показатель |0,7 | |0,85 - 1,1

|Лимфоциты |18,0 |% |17,0 - 48,0

|Моноциты |3,0 |% |2,0 - 10,0
|Нейтрофилы |77,0 |% |48,0 - 78,0
|Эозинофилы |2,0 |% |0,0 - 6,0
|Базофилы |0,1 |% |0,0 - 1,0
|СОЭ по Панченкову |60,0 |% |2,0 - 20,0
|===

Биохимический анализ крови

|===

|*Показатель* |*Результат* |*Единицы* |*Референсные значения*
|Креатинин |99,0 |мкмоль/л |53,0 - 97,0
|Мочевина |5,8 |ммоль/л |2,8 - 7,2
|Калий |4,6 |ммоль/л |3,5 - 5,1
|Натрий |142,0 |ммоль/л |136,0 - 146,0
|Общий белок |60,0 |г/л |66,0 - 83,0
|Глюкоза |4,2 |ммоль/л |3,5 - 5,5
|Билирубин общий |39,0 |мкмоль/л |5,0 - 21,0
|Билирубин прямой |16,0 |мкмоль/л |0,0 - 3,4
|АЛТ |48,0 |МЕ/л |10,0 - 40,0
|АСТ |42,0 |МЕ/л |10,0 - 40,0
|===

Определение гормонов щитовидной железы

ТТГ - 2,0 (норма 0,4-4,0 мкМЕ/мл)
Т3своб - 5,1 (норма 3,1-6,8 пмоль/л)
Т4 - 15 (норма 12,6-21,0 пмоль/л)

Определение уровня альфа-фетопротейна

0 (норма 0 – 5,8 МЕ/мл)

Анализ мочи на суточную протеинурию

50 мг (норма < 150мг)

Учитывая анамнез и данные инструментальных и лабораторных исследований, больной возможно поставить диагноз

- ингибиторов протонной помпы
- антацидов
- H₂-блокаторов
- гастропротекторов

Диагноз

Рак желудка

Рак легких

Язва желудка

Рак пищевода

Стадию рака желудка стоит рассматривать как

- II B
- III C
- IV
- II A

Для остановки кровотечения, осложнившего рак желудка, применяется

- аprotинин
- применение ингибиторов протонной помпы
- аминокaproновая кислота
- эндоскопическая остановка кровотечения

Для лечения болевого синдрома применяется

- трамадол
- парацетамол
- ибупрофен
- кетопрофен

При появлении у пациента асцита рекомендуется

- прием диуретиков или лапароцентез
- снижение употребления жиров
- прием гепатопротекторов
- достаточное употребление белков

Для купирования изжоги, тошноты и рвоты, возникающих вследствие сдавления желудка, больному с раком желудка рекомендуется назначить

- омепрозол
- метоклопрамид
- антациды
- активированный уголь

В случае повышения температуры до 38°C и выше на фоне проводимой химиотерапии больному рекомендуется

- использовать физические методы охлаждения (спиртовые обтирания, пузырь со льдом на область печени и т.п.)
- начать прием аспирина
- начать прием антибиотиков
- назначить глюкокортикостероиды

Основным методом лечения диссеминированного рака желудка является

- субтотальная резекция желудка
- лекарственный
- гастрэктомия с лимфаденэктомией

- эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка

Фоновым заболеванием рака желудка может быть

- неспецифический язвенный колит
- болезнь Менетрие
- сахарный диабет
- цирроз печени

Показанием для проведения нутритивной поддержки у больной является

- неспецифический язвенный колит
- болезнь Менетрие
- сахарный диабет
- цирроз печени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 72 лет обратилась в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, сердцебиение при умеренной физической нагрузке, сухость и шелушение кожи, ломкость ногтей.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 2-х месяцев, когда впервые появились жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, сухость кожи и ломкость ногтей. В последние 2 недели симптомы стали нарастать, появились жалобы на сердцебиение при небольшой физической нагрузке. Год назад проходила лечение у стоматолога по поводу протезирования верхней челюсти, после чего стала отмечать появление болезненности и трудности при пережевывании пищи, что привело к отказу от употребления говядины, свинины, птицы, только в виде фарша, отказ от колбас и твёрдых фруктов (яблоки, груши и т.п.). Два дня назад собираясь в гости заметила, что похудела на один размер. При измерении массы тела отметила, что весит на 5 кг меньше чем в прошлом году.

Анамнез жизни

- * Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия III степени, Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II ф.кл. По этому поводу постоянно принимает амлодипин 5 мг, периндоприл 8 мг, а также бисопролол 2,5 мг в сутки и ацетилсалициловую кислоту по 100 мг 1 раз вечером.
- * Внутренний геморрой 2-й стадии, последнее обострение 2 месяца назад, сопровождающееся появлением алой крови в кале.
- * Менопауза с 52 лет. Последний осмотр у гинеколога год назад
- * Живет вдвоем с мужем, готовит сама.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * На пенсии, работала учительницей младших классов.
- * Аллергических реакций не выявлено

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 68 кг, ИМТ = 24,98 кг/м², Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Кожные покровы сухие на ощупь, тургор кожи снижен. Атрофия сосочков языка, налетов нет. Периферических отеков нет.

* Молочные железы симметричные, кожные покровы не изменены, при поверхностной и глубокой пальпации образования не обнаружены. Соски симметричные, не втянутые, выделений нет.

* ЧСС 72 в 1 минуту. АД 120 и 80 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные, выслушивается систолический шум на верхушке.

* Дыхание через нос свободное. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. ЧД – 16 в минуту. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется легочный звук.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание (со слов) самостоятельное, безболезненное, в достаточном количестве. Стул (со слов) регулярный, оформленный, обычного цвета, без примесей крови.

К необходимым в данной ситуации методам обследования относятся

- неспецифический язвенный колит
- болезнь Менетрие
- сахарный диабет
- цирроз печени

Результаты обследования

Клинический анализ крови

Лейкоциты $5,1 \times 10^9$ /л (N: 4,5 – 11)

Эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л (N; 3,9 - 5,6)

Гемоглобин 105 г/л (N: 120 – 168)

Гематокрит 34,8 % (N: 34,5 - 47,5)

Тромбоциты 178×10^9 /л (N: 150 – 400)

Тромбокрит 0,2% (N: 0,11 - 0,28)

Средний объем эритроцита (MCV) 75 fL (N: 79 – 92)

Среднее содержание HGB в 1 эритроците (MCH) 26,4 пг (N: 27 – 34)

Средняя концентрация HGB в 1 эритроците (MCHC) 28,2 г/л (N: 32 – 36)

Ширина распространения эритроцитов по объему (RDW) 16,0% (N: 11,5 - 14,5)

Ретикулоциты 16×10^9 /л (N: 17,0 – 63,8)

Средний объем тромбоцита (MPV) 8,5 fL (N: 7,4 - 10,4)

Ширина распространения тромбоцитов по объему 20,8% (N: 10 – 22)

Эозинофилы, 1,2 % (N: 1 – 5)

Базофилы 0,6 % (N: 0 – 1)

Нейтрофилы 62,7% (N: 42 – 72)

Лимфоциты 26,9% (N: 19 – 37)

Моноциты 8,5% (N:3 – 11)
Эозинофилы абс.0,063 (N:0 - 0,3)
Базофилы абс0,033(N:0 - 0,08)
Нейтрофилы абс3,2 (N:2 - 5,8)
Моноциты абс0,4 (N:0,1 - 0,6)
Лимфоциты абс.1,4 (N:1 - 4,8)
СОЭ- 20 мм/ч (N:<20)

Оценка состояния фактического питания

Со слов пациентки, в течение последнего года стала вести здоровый образ жизни, отказалась от мясных продуктов, 2-3 раза в месяц позволяет себе есть рыбу, 1 раз в неделю 2 яичных белка, но регулярно употребляет молочные продукты с жирностью не более 4% и сыр. Отказалась от сахара, старается использовать везде эритрит. Учитывая болезненность во время жевания после установки имплантов, старается есть больше мягкую пищу.

Обычное ежедневное меню:

Завтрак

Каша овсяная или 4-ре злака на воде – 30 грамм в сухом виде
Сыр Ольтермане 17% - 30 грамм
Зеленый чай с 3-4 ч.л. из перемолотых сухофруктов и меда

Обед

Суп пюре из тыквы или моркови на соевом молоке с зеленью, или щи, или грибной суп – 1 тарелка
Бездрожжевой хлеб 1 кусок
Зеленый чай с натуральной пастилой – 50 грамм

Полдник

Натуральный йогурт 150 грамм, замороженные ягоды 100 грамм

Ужин

Салат из отварной свеклы со сметаной или салат из свежих протертых овощей с зеленью и льняным маслом 1 ч.л.
Отварная капуста (цветная, брокколи, брюссельская) с сыром или кусочком рыбы, или 2 белками

Определение сывороточных белков (общий белок, альбумин) крови

Общий белок 70 г/л (N: 60,0 – 80,0)
Альбумин 45 г/л (N: 35,0 – 52,0)

Определение скорости потери массы тела

7,4 % за год

Консультация гастроэнтеролога

Хронический гастрит вне обострения

Суточная потеря белка с мочой

80 мг/сутки (норма: <150)

К необходимым дополнительным методам обследования для подтверждения данного состояния относится определение

- неспецифический язвенный колит
- болезнь Менетрие
- сахарный диабет
- цирроз печени

Результаты обследования

Железо сыворотки крови и общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС)

Железо сыворотки - 8 мкмоль/л (N: 9,0 – 30,4) ОЖСС - 80 мкмоль/л (N:45,3 - 77,1)

Щелочная фосфатаза

80 Ед/л (N: 40 – 150)

Гамма-глутамилтранспептидаза сыворотки крови

5 Ед/л (N: < 32)

Показатель адекватности белкового питания (ПБП)

ПБП = 86%

Для выяснения причин железодефицитного состояния необходимо выполнить

- неспецифический язвенный колит
- болезнь Менетрие
- сахарный диабет
- цирроз печени

Результаты обследования

Анализ кала на скрытую кровь

Отрицательный

Консультация проктолога

При пальцевом исследовании и аноскопии определяются внутренние геморроидальные узлы на 3 и 7 часах, с эрозивной поверхностью, контактно не кровоточат. Ректороманоскопия: тубус введен на 20 см. На осмотренном участке полипов, эрозий не выявлено. Слизистая оболочка не изменена, сосудистый рисунок сохранен.

Диагноз: Эрозивный (анемизирующий) геморрой.

Фиброгастроуденоскопия

Вход в пищевод обычной формы. Тонус верхнего пищеводного сфинктера сохранен. Пищевод свободно проходим, просвет его обычной формы и размера, слизистая его бледно-розовая, гладкая, блестящая. Зубчатая линия на 43 см от резцов, на уровне ножек диафрагмы. Нижний пищеводный сфинктер обычной формы. Тонус нижнего пищеводного сфинктера сохранен. Просвет тела желудка обычной формы и размера. Стенки тела желудка эластичные. В просвете пенная прозрачная жидкость в небольшом количестве. Складки слизистой средней высоты, расправляются воздухом. Слизистая тела желудка розовая, эластичная, блестящая. Антральный отдел обычной формы. Стенки антрального отдела желудка эластичные, перистальтика его сохранена. Слизистая розовая, гладкая, эластичная. Привратник округлой формы, сомкнут. Просвет луковицы 12пк обычной формы, средних размеров. Стенки 12пк эластичные. В просвете желчь в небольшом количестве. Слизистая розовая, мелкозернистая, эластичная. Сосудистый рисунок не прослеживается.

Постбульбарные отделы 12пк без особенностей, большой дуоденальный сосочек четко не визуализируется.

Определение панкреатической эластазы 1 в кале

Панкреатическая эластаза 1 – 250 мкг/г кала (N: >300)

Определение содержания фибриногена крови

3,0 г/л (N:2,0 – 4,0)

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Акустический доступ: Без особенностей

Расположение: обычное

Правая доля ширина: 16 мм, толщина: 17 мм, длина: 45 мм, объем: 5,86 мл.

Левая доля ширина: 11 мм, толщина: 17 мм, длина: 47 мм, объем: 4,21 мл.

Перешеек толщина: 2,8 мм

Общий объем: 10,07 мл

Контур: четкие ровные

Эхогенность: средняя

Структура: без особенностей. Объемные образования: не выявлены

Регионарные лимфатические узлы: не дифференцируются

Заключение: Размеры и структура щитовидной железы - в норме. Параметры тканевого кровотока - в норме. Патологических изменений щитовидной железы не выявлено.

Учитывая данные анамнеза, клинической картины и результаты дополнительного обследования следует думать о наличии у пациентки

- неспецифический язвенный колит
- болезнь Менетрие
- сахарный диабет
- цирроз печени

Диагноз

Внутренний геморрой 2 стадии, с кровотечением

Апластическая анемия легкой степени тяжести

Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени тяжести

Миелодиспластический синдром

Причиной развития железодефицитного состояния у данной пациентки является

- когнитивные нарушения
- внутренний геморрой 2 стадии, с кровотечением
- синдром старческой астении
- белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени тяжести

Возможная причина снижения массы тела

- когнитивные нарушения
- несостоятельность зубных протезов
- колоректальный рак
- гипертиреоз

Степень тяжести недостаточности питания оценивается как

- тяжелая
- средняя
- субклиническая
- легкая

Критериями степени тяжести железодефицитной анемии является

- уровень гемоглобина крови
- уровень сывороточного железа крови
- цветной показателя крови
- уровень ферритина крови

Лечебная тактика включает назначение

- иммуномодуляторов
- переливание эритроцитарной массы
- препаратов железа
- поливитаминов

Предпочтительный способ введения препаратов железа

- подкожный
- парентеральный
- сублингвальный
- пероральный

При эффективном лечении препаратами железа ретикулоцитарный криз должен развиваться у пациентки на + _____ + день

- 21 - 23
- 2 - 3
- 7 - 10
- 14 - 17

Пациентке необходима консультация

- 21 - 23
- 2 - 3
- 7 - 10
- 14 - 17

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 80 лет на приеме у терапевта поликлиники.

Жалобы

На момент осмотра пациентка активных жалоб не предъявляет, тем не менее ее дочь обеспокоена, снижением веса у мамы.

Анамнез заболевания

Со слов дочери, за последний год пациентка похудела с 65 до 60 кг, стала забывать слова, перестала следить за собой и ее речь стала более медленной.

Анамнез жизни

* Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия III степени, Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II ф.кл. По этому поводу постоянно принимает однократно утром комбинированный препарат, содержащий амлодипин 10 мг, варлсартан 160 мг и гидрохлортиазид 12,5 мг, а также бисопролол 2,5 мг в сутки.

* Живет одна, дочка навещает ее раз в неделю, покупает продукты, готовит и помогает убирать квартиру.

* Не курит, алкоголь не употребляет.

* Пенсионер. Работала бухгалтером.

* Аллергических реакций не было.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 60 кг, ИМТ = 22 кг/м². Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферических отеков нет.

* Менопауза с 52 лет. Последний осмотр у гинеколога год назад – патологии не выявлено. Молочные железы симметричные, кожные покровы не изменены, при поверхностной и глубокой пальпации образования не обнаружены. Соски симметричные, не втянутые, выделений нет.

* Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Носовое дыхание свободно, симметрично. ЧД – 16 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно тон легочный над всеми полями легочной ткани.

* ЧСС 75 уд в мин, АД 150/90 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до средней ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритм правильный.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации мягкий, безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание (со слов) самостоятельное, безболезненное, в достаточном количестве. Стул (со слов) регулярный, оформленный, обычного цвета, без примесей крови.

К исследованиям, необходимым для выявления причины снижения массы тела на первом этапе обследования, относятся

- 2 - 3
- 7 – 10
- 14 - 17

Результаты обследования

Оценка пищевого анамнеза и анализ рациона питания пациента за последнюю неделю

Пациентка не смогла описать рацион питания последней недели. Со слов дочери, аппетит у ее мамы хороший, когда она ест с ней, тем не менее в последние месяцы ей часто приходится выбрасывать испортившуюся еду из холодильника мамы.

Тест Мини-Ког

Смогла воспроизвести 2 слова

Тест рисования часов 4 балла

Проведение биоимпедансометрии

Вес – 60,0 кг

Содержание жира в теле – 15,1 кг (N: 10,0- 17,8)

Процентное содержание жира в теле - 27,9% (N: 18,0 – 32,0)

Скелетная мышечная масса - 20,4 кг (N: 21 – 30)

Фазовый угол - 6,4

Дыхательный уреазный тест

Отрицательный

Кал на скрытую кровь

Отрицательный

Определение толщины кожной складки над трицепсом

Толщина кожной складки над трицепсом – 15 мм (N: < 13 мм)

К необходимым лабораторным обследованиям для уточнения диагноза относятся

- 21 - 23
- 2 - 3
- 7 – 10
- 14 - 17

Результаты лабораторного обследования

Клинический анализ крови

Лейкоциты $5,1 \cdot 10^9/\text{л}$ (N: 4,5 – 11)

Эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$ (N; 3,9 - 5,6)

Гемоглобин 125 г/л (N: 120 – 168)

Гематокрит 46,9 % (N: 34,5 - 47,5)

Тромбоциты $178 \cdot 10^9/\text{л}$ (N:150 – 400)

Тромбокрит 0,2% (N: 0,11 - 0,28)

Средний объем эритроцита (MCV)84,5 fL (N:79 – 92)

Среднее содержание HGB в 1 эритроците (MCH) 27,7 пг (N:27 – 34)

Средняя концентрация HGB в 1 эритроците (MCHC) 32,8 г/л (N:32 – 36)

Ширина распространения эритроцитов по объему (RDW) 11,6% (N:11,5 - 14,5)
Средний объем тромбоцита (MPV) 8,5 fL (N:7,4 - 10,4)
Ширина распространения тромбоцитов по объему 20,8% (N:10 – 22)
Эозинофилы, 1,2 % (N:1 – 5)
Базофилы 0,6 % (N:0 – 1)
Нейтрофилы 62,7% (N:42 – 72)
Лимфоциты 26,9% (N:19 – 37)
Моноциты 8,5% (N:3 – 11)
Эозинофилы абс. 0,063 (N:0 - 0,3)
Базофилы абс. 0,033 (N:0 - 0,08)
Нейтрофилы абс. 3,2 (N:2 - 5,8)
Моноциты абс. 0,4 (N:0,1 - 0,6)
Лимфоциты абс.1,4 (N:1 - 4,8)
СОЭ 2 мм/ч (N:<20)

Определение содержания сывороточных белков (общий белок, альбумин) крови

Общий белок 70 г/л (N: 60,0 – 80,0)
Альбумин 45 г/л (N: 35,0 – 52,0)

Определение содержания мочевой кислоты сыворотки крови

335 мкмоль/л (норма: 137-452)

Определение суточной потери белка с мочой

80 мг/ сутки (норма: <150)

Определение альбумин-креатининового соотношения в разовой порции мочи

Альбумин/креатинин – 15 (N: 0 - 30 мг/г)

Определение показателя адекватности белкового питания (ПБП)

ПБП = 86%

Помимо оценки базовой функциональной активности (Индекс Бартел – 70 баллов – умеренная зависимость от посторонней помощи) дополнительным обследованием для постановки диагноза будет

- 21 - 23
- 2 - 3
- 7 – 10
- 14 - 17

Результаты обследования

Оценка повседневной инструментальной активности

Шкала повседневной инструментальной активности - 15 баллов

Нуждается в частичной помощи, проблемы с памятью, проблемы с передвижением за пределами квартиры, покупкой продуктов и приготовлением еды, а также приеме лекарственных препаратов и одевании.

Проведение водородного дыхательного теста для оценки непереносимости лактозы

Отрицательный

Определение показателя адекватности белкового питания (ПБП)

ПБП = 86%

Оценка риска переломов по шкале Frax

10-летний риск остеопороза – 17%

10-летняя вероятность перелома шейки бедра – 7,0%

Учитывая данные анамнеза, клинической картины и результатов дополнительного обследования, можно поставить диагноз

- 21 - 23
- 2 - 3
- 7 – 10
- 14 - 17

Диагноз

Недостаточность питания легкой степени тяжести

Гиповитаминоз витамина В1

Гипоавитаминоз витамина Д

Маразматический квашиоркор

Недостаточность питания следует рассматривать как следствие

- онкологического заболевания
- снижения когнитивных функций
- хронического гастрита
- хронического колита

Тактика ведения пациентки с недостаточностью питания легкой степени тяжести

- назначение стимуляторов аппетита
- госпитализация пациентки в гериатрических стационар для проведения комплексной гериатрической оценки и составления индивидуального плана питания
- консультация гастроэнтеролога
- организация и контроль регулярности питания с помощью сиделки или силами семьи

Появление у пациентки жалоб на общую слабость, боли в мышцах, перебои в работе сердца и запоры на фоне увеличения объема потребляемой пищи после голодания может свидетельствовать о развитии у нее

- аспирационной пневмонии
- острой кишечной непроходимости
- синдрома возобновленного кормления

- тромбоза мезентериальных сосудов кишечника

«Золотым стандартом» для определения величины основного обмена и расчета суточной энергетической потребности у лиц пожилого и старческого возраста является

- непрямая калориметрия
- денситометрия
- формула Бенедикта-Хариса
- биоимпедансометрия

Данной пациентке, с целью предотвращения развития обезвоживания, рекомендуется назначать питьевой режим в объёме не менее + _____ + литра ежедневно

- 1,4
- 1,2
- 1,0
- 1,6

Рекомендованная суточная калорийность рациона для данной пациентки + _____ + ккал/кг/сут

- 32 - 38
- 42 – 56
- 22 – 28
- 18 – 26

Пожилым пациентам со снижением когнитивных функций рекомендован следующий режим питания

- безуглеводная диета, способствующая снижению инсулинорезистентности, увеличению мышечной массы и улучшению когнитивных функций
- кето-диета, т.к. диета богатая насыщенными и ненасыщенными жирами ведет к повышению в крови уровня кетонов, обладающих нейротрофическим действием
- сбалансированное питание, содержащее продукты с высокой энергетической плотностью, позволяющие увеличить калорийность рациона при сохранении прежнего объема порций
- вегетарианство, т.к. исключение животной пищи и насыщенных жиров, способствует замедлению прогрессирования атеросклероза и снижения когнитивных функций

Рекомендованное суточное потребление белка в рационе данной пациентки + _____ + г/кг/сут

- безуглеводная диета, способствующая снижению инсулинорезистентности, увеличению мышечной массы и улучшению когнитивных функций
- кето-диета, т.к. диета богатая насыщенными и ненасыщенными жирами ведет к повышению в крови уровня кетонов, обладающих нейротрофическим действием
- сбалансированное питание, содержащее продукты с высокой энергетической плотностью, позволяющие увеличить калорийность рациона при сохранении прежнего объема порций
- вегетарианство, т.к. исключение животной пищи и насыщенных жиров, способствует замедлению прогрессирования атеросклероза и снижения когнитивных функций

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М, 66 лет обратился в поликлинику по месту жительства к врачу терапевту.

Жалобы

Жалобы на периодически возникающее чувство «застревания пищевого комка за грудиной», чаще при приеме твердой пищи, необходимость запивать пищу. Жалуется также на изжогу и боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки, усиливающиеся в положении лежа и наклонах вперед.

Анамнез заболевания

Периодически возникающая изжога беспокоит около 20 лет. За последний год «набрал» около 10 кг. В течение последнего месяца изжога стала чаще, появились боли за грудиной и ощущение задержки пищи в пищеводе после еды.

Анамнез жизни

- * Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия I степени. По этому поводу постоянно принимает амлодипин 5 мг вечером и гипотиазид 12,5 мг утром
- * Хронический тонзиллит
- * Живет с женой.
- * Не курит, алкоголь употребляет по праздникам
- * Пенсионер. Работал водителем.
- * Аллергических реакций не было

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 100 кг, ИМТ = 32.7 кг/м², Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Язык обложен у корня налетом белого цвета.
- * Периферических отеков нет.
- * ЧСС 72 в 1 минуту. АД 140 и 80 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет
- * Дыхание через нос свободное. Дыхание везикулярное, проводится во все

отделы, хрипов нет. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется легочный звук. ЧДД – 16 в минуту.

* Живот увеличен в размере за счёт подкожно-жировой клетчатки, не вздут, не напряжен, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание (со слов) самостоятельное, безболезненное, в достаточном количестве, чувства неполного опорожнения мочевого пузыря нет. Стул (со слов) регулярный, оформленный, обычного цвета, без примесей крови.

К необходимым лабораторным методам исследования для постановки диагноза относятся

- безуглеводная диета, способствующая снижению инсулинорезистентности, увеличению мышечной массы и улучшению когнитивных функций
- кето-диета, т.к. диета богатая насыщенными и ненасыщенными жирами ведет к повышению в крови уровня кетонов, обладающих нейротрофическим действием
- сбалансированное питание, содержащее продукты с высокой энергетической плотностью, позволяющие увеличить калорийность рациона при сохранении прежнего объема порций
- вегетарианство, т.к. исключение животной пищи и насыщенных жиров, способствует замедлению прогрессирования атеросклероза и снижения когнитивных функций

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Лейкоциты 5,1 10⁹/л (N: 4,5 – 11)

Эритроциты 4,2 10¹²/л (N; 3,9 - 5,6)

Гемоглобин 125 г/л (N: 120 – 168)

Гематокрит 46,9 % (N: 34,5 - 47,5)

Тромбоциты 178 10⁹/л (N: 150 – 400)

Тромбокрит 0,2% (N: 0,11 - 0,28)

Средний объем эритроцита (MCV) 84,5 fL (N: 79 – 92)

Среднее содержание HGB в 1 эритроците (MCH) 27,7 пг (N: 27 – 34)

Средняя концентрация HGB в 1 эритроците (MCHC) 32,8 г/л (N: 32 – 36)

Ширина распространения эритроцитов по объему (RDW) 11,6% (N: 11,5 - 14,5)

Средний объем тромбоцита (MPV) 8,5 fL (N: 7,4 - 10,4)

Ширина распространения тромбоцитов по объему 20,8% (N: 10 – 22)

Эозинофилы, 1,2 % (N: 1 – 5)

Базофилы 0,6 % (N: 0 – 1)

Нейтрофилы 62,7% (N: 42 – 72)

Лимфоциты 26,9% (N: 19 – 37)

Моноциты 8,5% (N: 3 – 11)

Эозинофилы абс. 0,063 (N: 0 - 0,3)

Базофилы абс. 0,033 (N: 0 - 0,08)

Нейтрофилы абс. 3,2 (N: 2 - 5,8)

Моноциты абс. 0,4 (N: 0,1 - 0,6)

Лимфоциты абс.1,4 (N:1 - 4,8)

СОЭ 2 мм/ч (N:<20)

Анализ кала на скрытую кровь

Отрицательный

Сывороточные белки (общий белок, альбумин)

Общий белок 70 г/л (N: 60,0 – 80,0)

Альбумин 45 г/л (N: 35,0 – 52,0)

Определение онкомаркеров в крови

Раковый эмбриональный антиген 0,8 нг/мл (N: 0,0 – 5,0)

СА 125 9,4 Ед/мл (N: 0,0 – 35,0)

СА 19-9 4,4 Ед/мл (N; 0,0 – 37,0)

СА 15-3 9,1 Ед/мл (N: 0,0 – 25,0)

Альфафетопротеин 0,7 МЕ/мл (N: 0,0 – 8,0)

Определение показателя адекватности белкового питания (ПБП)

ПБП = 86%

Уреазный тест

Отрицательный

Необходимым инструментальным методом исследования для постановки диагноза является

- безуглеводная диета, способствующая снижению инсулинорезистентности, увеличению мышечной массы и улучшению когнитивных функций
- кето-диета, т.к. диета богатая насыщенными и ненасыщенными жирами ведет к повышению в крови уровня кетонов, обладающих нейротрофическим действием
- сбалансированное питание, содержащее продукты с высокой энергетической плотностью, позволяющие увеличить калорийность рациона при сохранении прежнего объема порций
- вегетарианство, т.к. исключение животной пищи и насыщенных жиров, способствует замедлению прогрессирования атеросклероза и снижения когнитивных функций

Результаты инструментального метода обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

Вход в пищевод обычной формы. Кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка. На слизистой дистального отдела пищевода определяются множественные участки гиперемии с сливающимися эрозиями, занимающими до 75% окружности пищевода. Нижний пищеводный сфинктер обычной формы. Тонус нижнего пищеводного сфинктера сохранен. Просвет тела желудка обычной формы и размера. Стенки тела желудка эластичные. В просвете пенистая прозрачная жидкость в небольшом количестве. Складки слизистой средней высоты, расправляются воздухом. Слизистая тела желудка розовая, эластичная, блестящая. Антральный отдел обычной формы. Стенки антрального отдела желудка эластичные, перистальтика его сохранена. Слизистая розовая, гладкая, эластичная.

Привратник округлой формы, сомкнут. Просвет луковицы 12пк обычной формы, средних размеров. Стенки 12пк эластичные. В просвете желчь в небольшом количестве. Слизистая розовая, эластичная, блестящая. Сосудистый рисунок не прослеживается. Постбульбарные отделы 12пк без особенностей, БДС четко не визуализируется.

Заключение: Недостаточность кардии. Скользящая грыжа пищеводного отдела диафрагмы. Рефлюкс-гастрит II стадии

Рентгенография грудной клетки

На рентгенограммах органов грудной полости в передней прямой и левой боковой проекциях определяется: лёгочный рисунок не изменен, свежих очаговых и инфильтративных изменений не определяется. Корни обоих легких структурны. Диафрагма контурируется, справа расположена по переднему отрезку 6-го ребра. Рёберно-диафрагмальные синусы свободны. Сердце, аорта в пределах нормы.

Заключение: Без очаговых и инфильтративных изменений

Эхокардиография

Рост: 175 см; масса тела: 100 кг; BSA: 2,06 м²; ЧСС: 75 уд/мин

Левый желудочек, диастола, мм: 53 (до 57) систола, мм: 37 (до 38)

Левое предсердие, мм: 34 (до 40)

Правый желудочек, мм: 27(до 30)

Задняя стенка ЛЖ: 10,8 (до 11), масса миокарда, г:222,2

Межжелуд. перегородка, мм: 10,5(до 11)ИММ, г/м²:108

Стенка правого желудочка, мм: 4,2 (до 5)

Нижняя полая вена, диаметр: 19 мм, на вдохе: мм; коллабирует на вдохе более 50%

Параметры центральной гемодинамики:

КДО: 135,4 мл; КСО: 57,4 мл; УО: 78 мл; ФВ: 57,6 % (50-65%);УИ: 37,9 мл/м²;

МОС: 4,992 л/мин; СИ: 2,4 л/мин/м²

Клапанный аппарат

Аортальный клапан, открытие: 23 мм, 3-х створчатый, створки не изменены, функция не нарушена

Митральный клапан: открытие достаточное, створки не изменены, приклапанная регургитация

Трикуспидальный клапан: регургитация до 1 степени

Легочный клапан: без изменений

Сократительная способность миокарда: удовлетворительная, нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено

Зоны асинергии: не определяются

Перикард: Жидкость в полости перикарда не определяется.

ДОПЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИЯ

Расчетное систолическое давление в ЛА (по TR) в норме.

В полости ЛЖ дополнительная хорда.

Заключение: Полости сердца не расширены. Миокард не гипертрофирован.

Клапанный аппарат - без патологии. Систолическая и диастолическая функция ЛЖ сохранены. Нарушений локальной сократимости не выявлено.

Патологических потоков и шунтов не выявлено. Признаков легочной гипертензии не выявлено. Перикард - без патологии.

Хронометрированный тест с проглатыванием воды

Скорость глотания > 10 мл/с

На основании жалоб, анамнеза и данных обследования пациенту можно поставить диагноз

- безуглеводная диета, способствующая снижению инсулинорезистентности, увеличению мышечной массы и улучшению когнитивных функций
- кето-диета, т.к. диета богатая насыщенными и ненасыщенными жирами ведет к повышению в крови уровня кетонов, обладающих нейротрофическим действием
- сбалансированное питание, содержащее продукты с высокой энергетической плотностью, позволяющие увеличить калорийность рациона при сохранении прежнего объема порций
- вегетарианство, т.к. исключение животной пищи и насыщенных жиров, способствует замедлению прогрессирования атеросклероза и снижения когнитивных функций

Диагноз

ГЭРБ степень С. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ГЭРБ степень А. Постоянная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Хронический гастрит в стадии обострения. Недостаточность кардии

Ахалазия кардии, пищевод Баррета

Фактором риска развития рефлюксной болезни у данной пациента является

- прием тиазидных диуретиков
- увеличение массы тела в течение последнего года
- артериальная гипертензия
- саркопеническое ожирение

Внепищеводным проявлением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни будет

- изжога
- развитие кариеса
- возникновение язвенной болезни 12-ти перстной кишки
- дисфагия и одиофагия

Препаратами первой линии в лечении рефлюкс-эзофагита будут

- нестероидные противовоспалительные препараты
- амоксициллин и кларитромицин
- H₂-гистаминоблокаторы
- ингибиторы протонной помпы

Длительность терапии ингибиторами протонной помпы данного пациента должна быть не менее + _____ + недель/недели

- 1
- 2
- 8
- 4

Минимальная продолжительность поддерживающей терапии ИПП после заживления эрозий + _____ + недели

- 4 - 6
- 1 - 2
- 16 - 24
- 3 - 4

Пациенту также следует назначить

- прокинетики
- пробиотики
- нитраты
- холеретики

Тонус нижнего пищеводного сфинктера могут снижать

- блокаторы рецепторов ангиотензина
- нитраты
- ингибиторы АПФ
- бета-блокаторы

К группе эзофагопротекторы относят

- альфазокс
- маалокс
- альмагель
- ренни

При неэффективности лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует провести подтверждение наличия гастроэзофагеального рефлюкса с помощью

- альфазокс
- маалокс

- альмагель
- ренни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 66 лет обратилась в поликлинику по месту жительства к терапевту.

Жалобы

Жалобы на "сухость в горле и во рту", затруднение глотания твердой пищи, которую приходится запивать водой.

Анамнез заболевания

Жалобы на периодическую сухость во рту, постоянную жажду. Впервые стала отмечать 10 лет назад, когда был поставлен диагноз сахарного диабета. В последние два месяца сухость во рту стала усиливаться, появились жалобы на затруднение глотания твердой пищи, потребность запивать ее водой.

Анамнез жизни

* Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия III степени, Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II ф.кл. По этому поводу постоянно принимает валсартан 160 мг в сутки, гипотиазид 12,5 мг в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки и ацетилсалициловую кислоту по 100 мг 1 раз вечером.

* СД II типа с 56 лет. Постоянно принимает метформин в дозе 500 мг x 2 раза в сутки. Уровень сахара в крови не контролирует.

* Менопауза с 50 лет. Последний осмотр у гинеколога год назад

* Живет вдвоем с мужем, готовит сама.

* Не курит, алкоголь не употребляет

* Пенсионерка. Работала бухгалтером.

* Аллергических реакций не было

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 86 кг, ИМТ = 31,59 кг/м², Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычного цвета, сухие на ощупь, участки шелушения и гиперкератоза в области локтей и пяток.

Слизистая рта сухая, пастозная, без видимого блеска, множественные пришеечные кариесы на нижних зубах. Частичная потеря зубов нижней челюсти. Съёмные протезы верхней челюсти. Язык складчатый, сосочки его атрофичны.

* Периферических отеков нет.

* Молочные железы симметричные, кожные покровы не изменены, при поверхностной и глубокой пальпации образования не обнаружены. Соски симметричные, не втянутые, выделений нет.

* ЧСС 72 в 1 минуту. АД 140 и 80 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные, выслушивается систолический шум на верхушке.

* Дыхание через нос свободное. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в

проекции легких определяется легочный звук. ЧД – 16 в минуту.

* Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, не напряжен, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание (со слов) самостоятельное, безболезненное, в достаточном количестве. Стул (со слов) регулярный, оформленный, обычного цвета, без примесей крови.

Выберите необходимые для уточнения диагноза лабораторные методы обследования

- альфазокс
- маалокс
- альмагель
- ренни

Результаты лабораторных методов обследования

Определение содержания глюкозы крови

Глюкоза крови 8,4 ммоль/л (N: 3,5 – 6,1)

Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза (суточная моча) – 4,0 (N: < 2,8 ммоль/сут)

Определение индекса инсулинорезистентности

Индекс инсулинорезистентности (НОМА IR) – 3,5 (N: 0 – 2,7)

Определение pH слюны

pH слюны - 6,2–6,0 (N: 6,8–7,4)

Какой дополнительный диагностический тест может быть использован для уточнения диагноза

- альфазокс
- маалокс
- альмагель
- ренни

Результаты обследования

Определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 6,7 (N: <6,0)

Определение C - пептида

C – пептид – 20 500 пмоль/л (N: 27 – 20 000)

Определение уровня кетоновых тел в моче

Кетоновые тела – отсутствуют (N: отсутствуют)

Случайное определение глюкозы крови

Глюкоза крови 9,0 ммоль/л (N: 3,5 – 6,1)

Учитывая жалобы пациентки на сухость во рту, жажду и данные обследования, следует думать о наличии

- альфазокс
- маалокс

- альмагель
- ренни

Диагноз

Сахарный диабет II типа

Нарушение толерантности к глюкозе

Сахарный диабет I типа

Нарушение гликемии натощак

Жалобы на "сухость в горле" и затруднение глотания твердой пищи обусловлены развитием

- старческой астении
- пародонтоза
- ксеростомии
- стоматита

Ксеростомия является фактором риска развития

- ротоглоточной дисфагии
- рефлюкс-эзофагита
- пищеводной дисфагии
- ахалазии пищевода

Причины развития ксеростомии у данной пациентки

- ишемическая болезнь сердца
- ожирение
- сахарный диабет II типа
- прием метформина

При ротоглоточной дисфагии, вызванной ксеростомией, наибольшие трудности возникают при проглатывании + _____ + пищи

- жидкой
- желеобразной
- пюреобразной
- сухой

Основные принципы борьбы с ксеростомией у данной пациентки

- назначение антиагрегантов
- снижение дозы метформина
- коррекция гликемии

- отмена гипотензивных препаратов

Целевые уровни контроля гликированного гемоглобина < + _____ + % у данной пациентки

- 5,5
- 6,5
- 9,0
- 7,5

Для лечения ксеростомии применяют

- М-холиномиметики
- М-холиноблокаторы
- β_2 – агонисты
- ингибиторы протонной помпы

Больным с ксеростомией при проведение гигиенических процедур полости рта необходимо использовать щетку + _____ + степени жесткости

- очень мягкой (сенситив)
- мягкой (софт)
- жесткой (хард)
- средней (медиум)

Немедикаментозный метод лечения ксеростомии

- очень мягкой (сенситив)
- мягкой (софт)
- жесткой (хард)
- средней (медиум)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Р., 83 года. Вызов врача на дом. Осмотр врачом терапевтом на дому.

Жалобы

Жалобы на выраженную общую слабость, одышку при небольшой нагрузке, кашель с трудноотделяемой мокротой желтого цвета, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания

Со слов дочери больной, состояние ухудшилось в течение последних трех дней: появилась слабость, нарастающая в течение последних трех дней, смешанная одышка, кашель с мокротой желтого цвета, которую больная откашливает с трудом, пациентка перестала ходить, лежит в постели, накануне при попытке пойти в туалет упала, обмочилась, почти ничего не ест, пьет мало. В день

вызова зафиксирован подъем температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$. До данного события пациентка была активна, выходила на улицу, выполняла работы по дому, в уходе не нуждалась.

Анамнез жизни

Пенсионерка, живет в семье дочери. В анамнезе: Артериальная гипертензия с контролем систолического артериального давления на уровне 140-145 мм рт. ст. и диастолического - 80-90 мм рт. ст., принимает постоянно эналаприл 10 мг и индапамид 2,5 мг в сутки. Последние 5 лет наблюдается эндокринологом по поводу Сахарного диабета второго типа, ежедневно принимает метформин 1000 мг в сутки, соблюдает диету, уровень сахара в крови поддерживается на уровне 6,8 – 7,2 ммоль/л.

Объективный статус

При осмотре: Состояние тяжелое. Больная заторможена, сонлива, на вопросы отвечает неохотно, задумывается перед ответом. Аксиллярная температура тела на момент осмотра $37,4^{\circ}\text{C}$. Избыточного питания: при росте 167 см имеет вес 89 кг, индекс массы тела $31,9 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые обычной окраски, чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков на периферии нет. Носовое дыхание свободное. Число дыханий 26 в мин. Грудная клетка правильной формы, отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укорочение перкуторного звука. Аускультативно дыхание - всюду везикулярное ослабленное, справа до уровня угла лопатки, определяются участки бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия (ЧСС 100-110 в минуту, определяются экстрасистолы до 6-10 в минуту), АД - 150/90 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет. Стула не было трое суток. Дизурии нет

Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения у пациентов с внебольничной пневмонией на основании показателей возраста, сознания, ЧДД, систолического и диастолического АД используется шкала

- TISS-28
- ABCD2
- PEF-5
- CRB-65

В данной клинической ситуации наблюдение и лечение пациентки следует проводить в

- домашних условиях
- отделении реанимации и интенсивной терапии
- дневном стационаре
- отделении общего профиля

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- домашних условиях
- отделении реанимации и интенсивной терапии
- дневном стационаре
- отделении общего профиля

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|=====

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), $\cdot 10^{12}/л$	4,4	3,7-5,5
Гемоглобин (Hb), г/л	130	120-150
Гематокрит (HCT), %	48	36,0-54,0
Цветовой показатель (ЦП)	0,90	0,82-1,05
Тромбоциты (PLT), $\cdot 10^9/л$	240	150,0-450,0
Лейкоциты (WBC), $\cdot 10^9/л$	16,3	4,0-9,0
3+ ⁺ *Лейкоцитарная формула*		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	13	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	52	42-72
Эозинофилы, %	3	0-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-11
СОЭ, мм/ч	33	2-15

|=====

Бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю-Нильсену и Граму)

При бактериоскопии мокроты в мазках (окраска по Цилю-Нильсену) микобактерий туберкулеза не обнаружено; в мазках (окраска по Граму) определяются > 10 ланцетовидных грамположительных диплококков – *S. pneumoniae*.

Липидограмма

|=====

Показатель	Результат	Нормы
Холестерин, ммоль/л	7,3	3,7-5,2
Триглицериды, ммоль/л	2,3	0,34-2,20
ЛПВП-холестерин, ммоль/л	0,9	1,0-2,6
ЛПНП-холестерин, ммоль/л	4,2	0,10-3,00

|=====

Количественное исследование прокальцитонина в сыворотке крови

|=====

Показатель	Результат	Нормы
------------	-----------	-------

| Прокальцитонин, нг/мл | 2,5 | 0,05-0,50

|=====

Определение ДНК *Mycoplasma pneumoniae* методом ПЦР в режиме реального времени

|=====

| Показатель | Результат | Нормы

| ДНК *Mycoplasma pneumoniae* | Не обнаружено | Не обнаружено

|=====

Определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)

|=====

| Название теста | Результат | Нормы

| Определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека

ВИЧ-1,2, ВИЧ-1 группы O и антигена ВИЧ-1 (антиген p24) | Не обнаружены | Не обнаружены

|=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- домашних условиях
- отделении реанимации и интенсивной терапии
- дневном стационаре
- отделении общего профиля

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки

Заключение: на рентгенограмме органов грудной клетки в проекции нижней доли правого легкого определяется участок однородной структуры, средней интенсивности, с нечеткими контурами уплотненного участка, за исключением мест соприкосновения с междолевой плеврой. В уплотненном участке визуализируются воздушные просветы бронхов.

Пульсоксиметрия

SpO₂ = 97%

Спирометрия

{nbsp}

Заключение: объемы легких и бронхиальная проходимость в пределах нормы.

Рентгенография придаточных пазух носа

Заключение: правостороннее S-образное искривление носовой перегородки.

Компьютерная томография органов грудной клетки

Заключение: КТ-признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии.

Компьютерная томография придаточных пазух носа

Заключение: правостороннее S-образное искривление носовой перегородки.

Учитывая данные осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, больной можно поставить диагноз

- домашних условиях
- отделении реанимации и интенсивной терапии
- дневном стационаре
- отделении общего профиля

Диагноз

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония

Очаговая пневмония средней доли левого легкого

Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого

Правосторонний экссудативный плеврит

В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение

- аминогликозида II-III поколения (амикацин, гентамицин)
- полусинтетического макролида (кларитромицин, азитромицин)
- фторхинолона I поколения (оксолиновая кислота, пипемидиновая кислота)
- ингибиторозащищенного аминопенициллина (амоксциллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам)

Критерием окончания антибактериальной терапии является

- стойкая нормализация температуры в течение 1 суток
- снижение температуры до субфебрильных цифр
- стойкая нормализация температуры в течение не менее 2 суток
- исчезновение аускультативных признаков пневмонии

Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- туберкулеза
- гепатита В
- гепатита А
- гриппа

К возможным осложнениям данного заболевания относится

- бронхиальная астма
- острый респираторный дистресс-синдром взрослых
- пневмоторакс

- хроническая обструктивная болезнь легких

Вакцинация против пневмококковой инфекции проводится

- зимой
- круглогодично
- в конце осени
- в начале осени

В группу риска осложненного течения гриппа входят

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию
- курильщики

Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют + _____ + недели/недель

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию
- курильщики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К., 72 лет, пенсионер. Вызвал врача из поликлиники на дом.

Жалобы

Жалобы: на выраженную слабость, недомогание, быстрое утомление при выполнении привычной ежедневной работы по дому и постоянное желание отдохнуть, потливость, снижение аппетита, повышение температуры тела до $37,9^{\circ}\text{C}$, боль в правой половине грудной клетки, усиливающаяся при глубоком дыхании, кашле, чувство «тяжести» в груди, нарастание одышки и интенсивности кашля (кашель приступообразный малопродуктивный с отделением слизисто-гнойной вязкой мокроты), повышение потребности в бронходилататорах короткого действия (препараты «скорой помощи»).

Анамнез заболевания

В ЛПУ наблюдается в течение 15 лет с диагнозом: ХОБЛ, тяжелое течение, смешанный вариант (бронхитический и эмфизематозный фенотип), с выраженными симптомами, высокий риск обострения, группа пациентов С. Хроническая ДН 3 степени. ХЛС, стадия декомпенсации. ХСН IIА стадия (ПФК NYHA). По поводу заболевания постоянно принимает фиксированные комбинации длительнодействующие бета 2 агонисты (ДДБА) /ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) и длительнодействующий антихолинергический препарат (ДАХП). Короткодействующие

антихолинергический препарат (КАХП) или короткодействующие бета 2 агонисты (КДБА), или КАХП/КДБА использует по потребности. Ежегодно проводится вакцинопрофилактика гриппа. Больному рекомендована немедикаментозная терапия: диетотерапия, ЛФК, дыхательная гимнастика. В анамнезе: частые ОРВИ (>2 раз в год), неоднократные пневмонии. Курит. Стаж курения 50 лет, 20 сигарет в сутки. Алкоголь употребляет редко. Аллергологический анамнез неотягощен. Настоящее обращение пациента в поликлинику связано с ухудшением самочувствия после перенесенной ОРВИ (парагриппа).

Анамнез жизни

До выхода на пенсию более тридцати лет работал на ковровой фабрике. Инвалид II группы.

Объективный статус

Осмотр на дому: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, горячие, повышенной влажности, выраженный «серый» цианоз лица и верхней половины туловища, цианоз губ и кончиков пальцев рук. Температура тела (аксиллярная) 37,5°C. Лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены.

Опорно-двигательный аппарат не изменен. Дыхание носом свободное, отделяемого из полости носа нет. Грудная клетка симметрична при спокойном дыхании, отмечается отставание ее правой половины при глубоком дыхании, безболезненная при пальпации, бочкообразной (эмфизематозной) формы, эластичность снижена, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью. Во время вдоха нижние отделы грудной клетки двигаются внутрь. При перкуссии грудной клетки коробочный звук. Топографическая перкуссия: верхние границы приподняты на 4 см, нижние границы опущены на 2 ребра, ограничение подвижности нижнего легочного края. Сравнительная перкуссия: притупление перкуторного звука справа в подлопаточной области. При аускультации легких дыхание жесткое, ослабленное над всей поверхностью грудной клетки. В большей степени ослабление дыхания выражено над средней долей правого легкого. Там же выслушиваются мелкопузырчатые влажные звучные хрипы. Кроме того, при аускультации легких (при спокойном дыхании) выявляются рассеянные высоко-тональные сухие хрипы. ЧДД 26 в минуту. При аускультации сердца тоны глухие, ритм правильный, акцент II тона над легочным стволом. АД 90 / 60 мм рт. ст. ЧСС и пульс 120 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберного края на 3 см. Селезенка не увеличена. Симптом «поколачивания» над областью почек отрицательный с двух сторон. Физиологические отправления в норме. Больной заторможенный – вялый, на вопросы врача отвечает неохотно. Неврологический статус без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию
- курильщики

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), $\cdot 10^{12}/л$	6,0	3,7-5,5
Гемоглобин (Hb), г/л	165	120-150
Гематокрит (HCT), %	49	36,0-54,0
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,82-1,05
Тромбоциты (PLT), $\cdot 10^9/л$	320	150,0-450,0
Лейкоциты (WBC), $\cdot 10^9/л$	16,8	4,0-9,0
3+ ⁺ *Лейкоцитарная формула*		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	16	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	51	42-72
Эозинофилы, %	1	0-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-11
СОЭ, мм/ч	36	2-15

Бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю-Нильсену и Граму)

При бактериоскопии мокроты в мазках (окраска по Цилю-Нильсену) микобактерий туберкулеза не обнаружено; в мазках (окраска по Граму) определяются > 10 слабоокрашенных грамотрицательных коккобацилл – *H. influenzae*.

Определение ДНК *Chlamydia pneumoniae* в мокроте методом ПЦР в режиме реального времени

Показатель	Результат	Нормы
ДНК <i>Chlamydia pneumoniae</i>	Не обнаружено	Не обнаружено

Определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в сыворотке крови

Название теста	Результат	Нормы
Определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1,2, ВИЧ-1 группы О и антигена ВИЧ-1 (антиген p24)	Не обнаружены	Не обнаружены

Количественное исследование прокальцитонина в сыворотке крови

Показатель	Результат	Нормы
------------	-----------	-------

| Прокальцитонин, нг/мл | 2,2 | 0,05-0,50

|=====

Липидограмма

|=====

| Показатель | Результат | Нормы

| Холестерин, ммоль/л | 6,3 | 3,7-5,2

| Триглицериды, ммоль/л | 2,0 | 0,34-2,20

| ЛПВП-холестерин, ммоль/л | 1,3 | 1,0-2,6

| ЛПНП-холестерин, ммоль/л | 3,7 | 0,10-3,00

|=====

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию
- курильщики

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки

Заключение: на рентгенограмме органов грудной клетки в проекции средней доли правого легкого определяется участок однородной структуры, средней интенсивности, с нечеткими контурами уплотненного участка, за исключением мест соприкосновения с междолевой плеврой. В уплотненном участке визуализируются воздушные просветы бронхов. Рентген-признаки экссудативного плеврита, осумкованного наддиафрагмально и паракостально.

Трансторакальное ультразвуковое исследование грудной полости

Заключение: УЗИ признаки правосторонней среднедолевой пневмонии, экссудативного плеврита.

Рентгенография придаточных пазух носа

Заключение: правостороннее S-образное искривление носовой перегородки.

Компьютерная томография органов грудной клетки

Заключение: КТ-признаки правосторонней среднедолевой пневмонии, экссудативного плеврита.

Бронхоскопия

Заключение: признаки диффузного слизисто-гнойного эндобронхита.

Компьютерная томография придаточных пазух носа

Заключение: правостороннее S-образное искривление носовой перегородки.

Учитывая данные осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию
- курильщики

Диагноз

Внебольничная пневмония, вызванная *Haemophilus influenzae*, с локализацией в средней доле правого легкого, тяжелое течение. ДН III степени. Осложнение: Правосторонний экссудативный плеврит

Госпитальная пневмония неуточненной этиологии с локализацией в средней доле левого легкого, тяжелое течение. ДН III степени. Осложнение: Левосторонний гемоторакс

Внебольничная пневмония неуточненной этиологии с локализацией в нижней доле левого легкого, тяжелое течение. ДН III степени. Осложнение: Левосторонний гидроторакс

Госпитальная пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae*, с локализацией в средней доле правого легкого, тяжелое течение. ДН III степени. Осложнение: Правосторонний пиоторакс

Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения у пациентов с внебольничной пневмонией на основании показателей возраста, сознания, ЧДД, систолического и диастолического АД используется шкала

- TISS-28
- ABCD2
- CRB-65
- PEF-5

По шкале PORT (PSI) у пациента IV класс риска неблагоприятного прогноза. В данной клинической ситуации наблюдение и лечение пациента в соответствии с оценкой тяжести по шкалам CRB-65 и PORT (PSI) следует проводить в

- дневном стационаре
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- домашних условиях
- отделение общего профиля

В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациенту показано внутривенное введение

- цефалоспорина III поколения (цефотаксим, цефтриаксон)
- фторхинолона I поколения (оксолиновая кислота)
- пенициллина III поколения (ампициллин, амоксициллин)
- тетрациклина I-II поколения (тетрациклин, доксициклин)

Критерием окончания антибактериальной терапии является

- стойкая нормализация температуры в течение не менее 48 часов
- исчезновение аускультативных признаков пневмонии
- снижение температуры до субфебрильных цифр
- стойкая нормализация температуры в течение 1 суток

Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- гепатита В
- гепатита А
- туберкулеза
- гриппа

Пациент должен быть первоначально вакцинирован

- однократно 23-валентной неконъюгированной полисахаридной вакциной, а затем (не ранее чем через 8 недель) конъюгированной пневмококковой вакциной
- двукратно (с интервалом не менее 4 недель) 23-валентной неконъюгированной полисахаридной пневмококковой вакциной
- однократно 13-валентной конъюгированной вакциной, а затем (не ранее чем через 8 недель) полисахаридной пневмококковой вакциной
- двукратно (с интервалом не менее 4 недель) 13-валентной конъюгированной пневмококковой вакциной

Пациент должен быть ревакцинирован

- полисахаридной пневмококковой вакциной каждые 5 лет
- конъюгированной пневмококковой вакциной каждые 3 года
- неконъюгированной полисахаридной вакциной, а затем (не ранее чем через 8 недель) конъюгированной пневмококковой вакциной каждые 5 лет
- конъюгированной пневмококковой вакциной ежегодно

Пациент входит в одну из групп риска осложненного течения гриппа, к которым относятся

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию
- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- курильщики

Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию

- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- курильщики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 89 лет обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

На непреднамеренное похудение с 50 кг до 45 кг за последние 3 месяца, общую слабость, упадок сил, подавленное настроение, замедление, трудность восприятия информации, падения 3-4 раза в месяц, трудности при перемещении (тяжело может пройти 90 м).

Анамнез заболевания

Описанные пациенткой жалобы развивались постепенно и прогрессировали с возрастом. Пациентка выходит из дома, однако, испытывает трудности при перемещении по дому и по улице на расстояние менее 100 метров.

Наличие острых заболеваний и психологического стресса за последние 3 месяца отрицает.

Ранее специалистами практического здравоохранения были поставлены следующие диагнозы: остеоартрит (назначены глюкозамин и хондроитин сульфат); гипертоническая болезнь II ст, 3 ст, риск 4 (назначены лизиноприл, гидрохлортиазид). Также пациентка по собственной инициативе принимает витамины В6, В12, препарат магния и глицин. Пациентке выполнен анализ крови на количественное содержание 25(ОН)D3 плазме крови; результат: 33 нг/мл.

Анамнез жизни

- * свое состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста оценивается как такое же хорошее;
- * 3 раза в день полноценно питается, но отмечает значительное уменьшение количества съеденной пищи; потребляет не менее 60 г творога ежедневно; не менее 5 порций бобовых и яиц в неделю; не менее 2 порций фруктов в неделю; выпивает 3-5 стаканов жидкости в день; пищу принимает самостоятельно без посторонней помощи, считает себя человеком не имеющим проблем с питанием;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * живет одна.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. В месте, времени, собственной личности ориентирована правильно. Окружность по середине плеча 20 см. Окружность голени 30 см. Слух снижен. Рост 165 см, масса тела 45 кг, ИМТ 22,77 кг/м². Динамометрия: 15 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пролежней, трофических изменений, язв и иных дефектов на коже не имеет. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий,

безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Недержание мочи. Стул регулярный, оформленный, обычного цвета.

Для разработки индивидуального плана ведения данного пациента при его первичном обращении к врачу-гериатру необходимо

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию
- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- курильщики

Результаты обследования

Использование опросника «возраст не помеха»

1. Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? Ответ: да
 2. Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? Ответ: да
 3. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? Ответ: да
 4. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? Ответ: да
 5. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? Ответ: нет
 6. Страдаете ли Вы недержанием мочи? Ответ: да
 7. Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет) Ответ: да
- Итого: 5 баллов

Проведение комплексной гериатрической оценки

Итоговое количество баллов по опроснику «Возраст не помеха»: 6 баллов

Краткая батарея тестов физического функционирования: 6 баллов

Индекс Бартел: 75 баллов

шкала Лоутона: 5 баллов

Шкала Морсе: 80 баллов

Гериатрическая шкала депрессии: 6 баллов

Индекс массы тела: $16,5 \text{ кг/м}^2$.

Краткой шкалы оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA): 15 баллов

Тест рисования часов: 9 баллов

Краткая шкала оценки психического статуса: 28 баллов

Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM):

делирия нет

Ортостатическая проба: нет ортостаза

Недержание мочи

Полипрагмазия

Выполнение «Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA)»

А. Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое Вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при

- пережевывании и глотании? Результат: 0 баллов (серьезное уменьшение количества съедаемой пищи)
- Б. Потеря массы тела за последние 3 месяца. Результат: 0 баллов (потеря массы тела более, чем на 3 кг)
- В. Подвижность. Результат: 2 балла (выходит из дома)
- Г. Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца. Результат: 2 балла (нет)
- Д. Психоневрологические проблемы. Результат: 0 баллов (серьезное нарушение памяти или депрессия)
- Е. Индекс массы тела. Результат: 0 баллов (меньше 19 кг/м²)
- Ж. Живет независимо (не в доме престарелых или больнице). Результат: 1 балл (да)
- З. Принимает более трех лекарств в день. Результат: 0 баллов (да)
- И. Пролежни и язвы кожи. Результат: 1 балл (нет)
- К. Сколько раз в день пациент полноценно питается? Результат: 2 балла (3 раза)
- Л. Маркеры потребления белковой пищи: Результат: 0,5 балла (да, да, нет)
- М. Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера). Результат: 1 балл (да)
- Н. Сколько жидкости выпивает в день. Результат: 0,5 балла (3-5 стаканов)
- О. Способ питания. Результат: 2 балла (ест самостоятельно)
- П. Самооценка состояния питания. Результат: 2 балла (оценивает себя как не имеющего проблем с питанием)
- Р. Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста. Результат: 1 балл (такое же хорошее)
- С. Окружность по середине плеча 0 баллов (20 см и меньше)
- Т. Окружность голени. Результат: 0 баллов (меньше 31 см)
- Итого: 15 баллов

Выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости

Заключение:

Печень: не увеличена в размерах, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, внутрипеченочные желчные протоки, v. porta не увеличены, не расширены

Желчный пузырь: обычная форма, контур ровный, четки, конкременты не определяются

Поджелудочная железа: не увеличена, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, вирсунгов проток не расширен

Селезенка: не увеличена, без особенностей

Почки: кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, в размерах не увеличены, конкременты не определяются

Надпочечники: не увеличены, без особенностей.

УЗ-признаков патологии со стороны осмотренных органов не выявлено

Выполнение колоноскопии

Качество подготовки к исследованию хорошее. Колоноскоп введен до купола слепой кишки. Баугиниевая заслонка губовидной формы. Слизистая кишечника розовая, рельеф сохранен. Перестальтика прослеживается во всех отделах.

Заключение: патологии не выявлено

Выполнение эзофагогастродуоденоскопии

Заключение:

Пищевод свободно проходим, слизистая розовая. Данных за грыжу ПОД не выявлено. Тонус привратника сохранен. Слизистая желудка розовая, дефектов не выявлено. 12-ти перстная кишка: слизистая розовая, дефектов не выявлено.

15 баллов по Краткой шкалы оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA) соответствует

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- пациенты с неадекватным ответом на антибиотикотерапию
- пациенты с индексом массы тела $< 40 \text{ кг/м}^2$
- курильщики

Диагноз

Недостаточность питания (мальнутриции)

Нормальный статус питания

Риск недостаточности питания (мальнутриции)

Кахексия

Мальнутриция у пациентов с синдромом старческой астении

- не влияет на риск госпитализации
- ассоциирована со снижением риска госпитализации
- вначале повышает, а позднее снижает риск госпитализации
- ассоциирована с повышением риска госпитализации

Потребление белка в количестве 1,0-1,5 г / кг массы тела безопасно при условии СКФ не ниже + _____ + мл / мин/1,73 м²

- 20
- 30
- 15
- 10

Абсолютным показанием для назначения активной нутриционной поддержки в виде жидких пероральных пищевых добавок для данной пациентки является

- наличие депрессии и синдрома старческой астении
- индекс массы тела менее 19 кг/м^2 , снижение массы тела за квартал на 10%
- наличие артериальной гипертензии и недержания мочи
- индекс Бартел: 75 баллов; 15 баллов по шкале MNA

Применение белково-энергетических смесей у данной пациентки будет способствовать замедлению прогрессирования

- гипертонической болезни
- старческой астении
- остеоартрита
- недержания мочи

У данной пациентки с мальнутрицией с учетом всех имеющихся способов кормления предпочтительно использование

- перорального питания
- питания через стому
- зондового питания
- парентерального питания

Общий водный режим с учетом блюд и продуктов рациона у данной пациентки должен составлять не менее

- 1 литра (при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 500 мл)
- 2-х литров (при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл)
- 1,5-х литров (при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 700 мл)
- 3-х литров (при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 1000 мл)

С целью поддержания у данной пациентки концентрации 25(OH)D₃ в плазме крови > 30 нг/мл рекомендуемая доза колекальциферола для ежедневного приема внутрь составляет +____+ МЕ

- 10 000-20 000
- 100 000 - 200 000
- 1000-2000
- 200 000 – 300 000

Оптимальным является потребление пациенткой на один прием пищи высококачественного легкоусвояемого белка в количестве +_____+ грамм

- 100-150
- 200–300
- 60-70
- 25–30

Рекомендуемое для потребления данной пациенткой количество поваренной соли в сутки не должно превышать + _____ + г

- 50,0
- 25,0
- 30,0
- 5,0

С целью лечения и профилактики саркопении и мальнутриции данному пациенту следует рекомендовать потребление белка в объеме + _____ + г / кг массы тела в сутки

- 50,0
- 25,0
- 30,0
- 5,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 84 года, обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

На непреднамеренное постепенное похудение, общую слабость, упадок сил, подавленное настроение, трудности при перемещении (тяжело может пройти 90 м).

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развивались постепенно и прогрессировали с возрастом. Пациент выходит из дома, однако, испытывает трудности при перемещении по дому и по улице (может пройти менее 100 метров). Инфаркт миокарда 6 лет назад

Наличие острых заболеваний и психологического стресса за последние 3 месяца отрицает.

Ранее специалистами практического здравоохранения были поставлены следующие диагнозы: Ишемическая болезнь сердца (назначены бисопролол, ацетилсалициловая кислота, аторвастатин); гипертоническая болезнь III ст 3 ст риск 4 (назначены фозиноприл, гидрохлортиазид). Также регулярно принимает витамин Д в дозе 2000 МЕ ежедневно внутрь. Концентрация 25(OH)D 45 нг/мл.

Анамнез жизни

* свое состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста оценивает как такое же хорошее

* 3 раза в день полноценно питается, отмечает значительное уменьшение количества съеденной пищи; потребляет не менее 60г творога ежедневно; не менее 5порций бобовых и яиц в неделю; не менее 2 порций фруктов в неделю; выпивает 3-5 стаканов жидкости в день; пищу принимает самостоятельно без посторонней помощи, считает себя человеком не имеющем проблем с питанием

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

- * профессиональных вредностей не имел
- * аллергических реакций не было
- * живет один.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. В месте, времени, собственной личности ориентирован правильно. Окружность по середине плеча 20 см. Окружность голени 30 см. Слух снижен. Рост 185 см, масса тела 62 кг, ИМТ 18,12 кг/м². Динамометрия: 27 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пролежней, трофических изменений, язв и иных дефектов на коже не имеет. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 65 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Недержание мочи. Стул – склонность к запорам.

Для разработки индивидуального плана ведения данного пациента при его первичном обращении к врачу-гериатру необходимо

- 50,0
- 25,0
- 30,0
- 5,0

Результаты обследования

Использование опросника «Возраст не помеха»

1. Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? Ответ: да
2. Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? Ответ: нет
3. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? Ответ: да
4. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? Ответ: да
5. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? Ответ: нет
6. Страдаете ли Вы недержанием мочи? Ответ: да
7. Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет) Ответ: да

Проведение комплексной гериатрической оценки

Итоговое количество баллов по опроснику «Возраст не помеха»: 5 баллов

Краткая батарея тестов физического функционирования: 6 баллов

Индекс Бартел: 65 баллов

шкала Лоутона: 5 баллов

Шкала Морсе: 80 баллов

Гериатрическая шкала депрессии: 4 балла

Индекс массы тела: 18,2 кг/м².

Краткой шкалы оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA): 16,5 баллов

Тест рисования часов: 8 баллов

Краткая шкала оценки психического статуса: 27 баллов

Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM):
делирия нет

Ортостатическая проба: нет ортостаза

Недержание мочи

Полипрагмазия

Использование «Краткой шкалы оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA)»

А. Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое Вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании? Результат: 0 баллов (серьезное уменьшение количества съедаемой пищи)

Б. Потеря массы тела за последние 3 месяца. Результат: 0 баллов (потеря массы тела более, чем на 3 кг)

В. Подвижность. Результат: 2 балла (выходит из дома)

Г. Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца. Результат: 2 балла (нет)

Д. Психоневрологические проблемы. Результат: 2 балла (нет нейропсихологических проблем)

Е. Индекс массы тела. Результат: 0 баллов (меньше 19 кг/м²)

Ж. Живет независимо (не в доме престарелых или больнице). Результат: 1 балл (да)

З. Принимает более трех лекарств в день. Результат: 0 баллов (да)

И. Пролежни и язвы кожи. Результат: 1 балл (нет)

К. Сколько раз в день пациент полноценно питается? Результат: 2 балла (3 раза)

Л. Маркеры потребления белковой пищи: Результат: 0,5 балла (да, да, нет)

М. Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера). Результат: 1 балл (да)

Н. Сколько жидкости выпивает в день. Результат: 0 баллов (меньше 3 стаканов)

О. Способ питания. Результат: 2 балла (ест самостоятельно)

П. Самооценка состояния питания. Результат: 2 балла (оценивает себя как не имеющего проблем с питанием)

Р. Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста. Результат: 1 балл (такое же хорошее)

С. Окружность по середине плеча 0 баллов (20 см и меньше)

Т. Окружность голени. Результат: 0 баллов (меньше 31 см)

Итого: 16,5 баллов

Выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости

Заключение:

Печень: не увеличена в размерах, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, внутripеченочные желчные протоки, v. porta не увеличены, не расширены

Желчный пузырь: обычная форма, контур ровный, четки, конкременты не определяются

Поджелудочная железа: не увеличена, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, вирсунгов проток не расширен

Селезенка: не увеличена, без особенностей

Почки: кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, в размерах не увеличены, конкременты не определяются

Надпочечники: не увеличены, без особенностей.

УЗ-признаков патологии со стороны осмотренных органов не выявлено

Выполнение колоноскопии

Качество подготовки к исследованию хорошее. Колоноскоп введен до купола слепой кишки. Баугиниевая заслонка губовидной формы. Слизистая кишечника розовая, рельеф сохранен. Перестальтика прослеживается во всех отделах.

Заключение: патологии не выявлено

Выполнение эзофагогастродуоденоскопии

Заключение: Пищевод свободно проходим, слизистая розовая. Данных за грыжу ПОД не выявлено. Тонус привратника сохранен. Слизистая желудка розовая, дефектов не выявлено. 12-ти перстная кишка: слизистая розовая, дефектов не выявлено.

16,5 баллов по Краткой шкале оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA) соответствует

- 50,0
- 25,0
- 30,0
- 5,0

Диагноз

Недостаточность питания (мальнутриции)

Нормальный статус питания

Риск недостаточности питания (мальнутриции)

Кахексия

Мальнутриция у пациентов с синдромом старческой астении

- не влияет на риск госпитализации
- ассоциирована со снижением риска госпитализации
- ассоциирована с повышением риска госпитализации
- вначале повышает, а позднее снижает риск госпитализации

Потребление белка в количестве 1,0-1,5 г / кг массы тела безопасно при условии СКФ не ниже + ____ + мл / мин/1,73 м²

- 15
- 10
- 20
- 30

Абсолютным показанием для назначения активной нутриционной поддержки в виде жидких пероральных пищевых добавок для данного пациента является

- индекс массы тела менее 19 кг/м², снижение массы тела за квартал на 10%
- наличие артериальной гипертензии и недержания мочи
- наличие депрессии и синдрома старческой астении
- индекс Бартел: 75 баллов; 15 баллов по шкале MNA

Применение белково-энергетических смесей у данного пациента будет способствовать замедлению прогрессирования

- недержания мочи
- старческой астении
- остеоартрита
- гипертонической болезни

У данного пациента с мальнутрицией с учетом всех имеющихся способов кормления предпочтительно использование

- парентерального питания
- зондового питания
- питания через стому
- перорального питания

Общий водный режим с учетом блюд и продуктов рациона у данного пациента должен составлять не менее

- 2-х литров (при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл)
- 4-х литров (при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 500 мл)
- 6-ти литров (при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 1000 мл)
- 5-ти литров (при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 700 мл)

Рацион данного пациента обязательно должен включать следующие продукты

- копченые колбасы и сыры, кондитерские изделия, острые соусы
- кондитерские изделия, животные жиры (сало, шпик и др.), макаронные изделия (мягкие сорта)
- мясные и рыбные блюда, молочные продукты (предпочтительны творог, сыр, йогурт), свежие овощи и фрукты
- хлебо-булочные изделия (особенно сладкие), консервированные овощи и фрукты

Оптимальным является потребление пациентом на один прием пищи высококачественного легкоусвояемого белка в количестве + _____ + грамм

- 100-150
- 200–300
- 60-70
- 25–30

Рекомендуемое для потребления данного пациента количество поваренной соли в сутки не должно превышать + _____ + г

- 5,0
- 25,0
- 30,0
- 50,0

С целью лечения и профилактики саркопении и мальнутриции данному пациенту следует рекомендовать потребление белка в объеме + _____ + г / кг массы тела в сутки

- 5,0
- 25,0
- 30,0
- 50,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 85 лет обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

На непреднамеренное похудение с 70 кг до 65 кг за последние 6 месяцев, общую слабость, упадок сил, подавленное настроение, трудности при перемещении (тяжело может пройти 90м)

Анамнез заболевания

Описанные жалобы развивались постепенно и прогрессировали с возрастом.

Пациент выходит из дома, однако, испытывает трудности при перемещении по дому и по улице (может пройти менее 100 метров). Инсульт 5 лет назад.

Наличие острых заболеваний и психологического стресса за последние 3 месяца отрицает.

Отмечает постепенно снижение зрения от чего часто спотыкается.

Пресбиакузис.

Ранее специалистами практического здравоохранения были поставлены следующие диагнозы: Ишемическая болезнь сердца (назначены бисопролол, ацетилсалициловая кислота, аторвастатин); гипертоническая болезнь III ст 3 ст риск 4 (назначены фозиноприл, гидрохлортиазид). Выполнен анализ крови с

целью определения концентрации 25(OH)D3 в сыворотке крови. Результат: 18 нг/мл.

Анамнез жизни

- * свое состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста оценивает как такое же хорошее;
- * 3 раза в день питается. Родственники отмечают значительное уменьшение количества съеденной пищи (тяжело жевать, недостаток зубов); пищу принимает самостоятельно без посторонней помощи, считает себя человеком не имеющим проблем с питанием;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * живет один.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. В месте, времени, собственной личности ориентирован правильно. Окружность по середине плеча 20 см. Окружность голени 30 см. Слух снижен. Рост 176 см, масса тела 65 кг. Динамометрия: 27 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пролежней, трофических изменений, язв и иных дефектов на коже не имеет. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 135/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Недержание мочи. Стул – склонность к запорам.

Для разработки индивидуального плана ведения данного пациента при его первичном обращении к врачу-гериатру необходимо

- 5,0
- 25,0
- 30,0
- 50,0

Результаты обследования

Использование опросника «Возраст не помеха»

1. Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? Ответ: да
 2. Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? Ответ: да
 3. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? Ответ: да
 4. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? Ответ: да
 5. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? Ответ: нет
 6. Страдаете ли Вы недержанием мочи? Ответ: нет
 7. Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет) Ответ: да
- итога: 5 баллов

Проведение комплексной гериатрической оценки

Итоговое количество баллов по опроснику «Возраст не помеха»: 5 баллов

Краткая батарея тестов физического функционирования: 6 баллов

Индекс Бартел: 90 баллов

шкала Лоутона: 6 баллов

Шкала Морсе: 60 баллов

Гериатрическая шкала депрессии: 4 балла

Индекс массы тела: 21 кг/м².

Краткой шкалы оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA): 21 балл

Тест рисования часов: 9 баллов

Краткая шкала оценки психического статуса: 28 баллов

Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM):

делирия нет

Ортостатическая проба: нет ортостаза

Полипругмазия

Использование «Краткой шкалы оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA)»

А. Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое Вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании? Результат: 0 баллов (серьезное уменьшение количества съедаемой пищи)

Б. Потеря массы тела за последние 3 месяца. Результат: 2 балла (потеря массы тела от 1 до 3 кг)

В. Подвижность. Результат: 2 балла (выходит из дома)

Г. Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца.

Результат: 2 балла (нет)

Д. Психоневрологические проблемы. Результат: 2 балла (нет нейропсихологических проблем)

Е. Индекс массы тела. Результат: 2 балла (21-22 кг/м)

Ж. Живет независимо (не в доме престарелых или больнице). Результат: 1 балл (да)

З. Принимает более трех лекарств в день. Результат: 0 баллов (да)

И. Пролежни и язвы кожи. Результат: 1 балл (нет)

К. Сколько раз в день пациент полноценно питается? Результат: 2 балла (3 раза)

Л. Маркеры потребления белковой пищи: Результат: 0,5 балла (да, да, нет)

М. Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера). Результат: 1 балл (да)

Н. Сколько жидкости выпивает в день. Результат: 0 баллов (меньше 3 стаканов)

О. Способ питания. Результат: 2 балла (ест самостоятельно)

П. Самооценка состояния питания. Результат: 2 балла (оценивает себя как не имеющего проблем с питанием)

Р. Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста.

Результат: 1 балл (такое же хорошее)

С. Окружность по середине плеча 0,5 баллов (22 см и меньше)

Т. Окружность голени. Результат: 0 баллов (меньше 31 см)

Итого: 21 балл

Выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости

Заключение:

Печень: не увеличена в размерах, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, внутривенные желчные протоки, v. porta не увеличены, не расширены

Желчный пузырь: обычная форма, контур ровный, четки, конкременты не определяются

Поджелудочная железа: не увеличена, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, вирсунгов проток не расширен

Селезенка: не увеличена, без особенностей

Почки: кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, в размерах не увеличены, конкременты не определяются

Надпочечники: не увеличены, без особенностей.

УЗ-признаков патологии со стороны осмотренных органов не выявлено

Выполнение колоноскопии

Качество подготовки к исследованию хорошее. Колоноскоп введен до купола слепой кишки. Баугиниевая заслонка губовидной формы. Слизистая кишечника розовая, рельеф сохранен. Перестальтика прослеживается во всех отделах.

Заключение: патологии не выявлено

Выполнение эзофагогастродуоденоскопии

Заключение:

Пищевод свободно проходим, слизистая розовая. Данных за грыжу ПОД не выявлено. Тонус привратника сохранен. Слизистая желудка розовая, дефектов не выявлено. 12-ти перстная кишка: слизистая розовая, дефектов не выявлено.

21 балл по Краткой шкалы оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA) соответствует

- 5,0
- 25,0
- 30,0
- 50,0

Диагноз

Риск недостаточности питания (мальнутриции)

Нормальный статус питания

Недостаточность питания (мальнутриции)

Избыточное питание (переедание)

У данного пациента продолжающаяся потеря веса может иметь потенциально опасные последствия в виде развития + _____ +, а также потери костной массы и повышения смертности

- метаболического синдрома, сахарного диабета

- ишемической болезни сердца, снижения риска падений
- и/или прогрессирования саркопении, мальнутриции
- саркопении, снижения риска падений

Потребление белка в количестве 1,0-1,5 г / кг массы тела безопасно при условии СКФ не ниже + _____ + мл / мин/1,73 м²

- 30
- 7
- 10
- 15

Суточная доза колекальциферола для приема внутрь, которая необходима для восстановления оптимальных значений уровень 25(ОН)D₃ в сыворотке крови данного пациента составляет + _____ + МЕ в день в течение 8 недель

- 100 000
- 10 000
- 2 000
- 8 000

Применение продуктов энтерального питания (сипингов) у данного пациента будет способствовать замедлению прогрессирования

- ишемической болезни сердца
- запоров
- гипертонической болезни
- старческой астении

Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является

- кальцитриол
- альфакальцидол
- колекальциферол
- парикальцитол

Рекомендуемый целевой уровень 25(ОН)D₃ при коррекции дефицита витамина D у данного пациента составляет + _____ + нг/мл

- 10-20
- 80-100
- 30-60
- 20-30

После достижения целевых значений 25(ОН)D₃ в сыворотке крови данного пациента, с целью поддержания оптимальных значений витамина

D поддерживающая суточная доза колекальциферола внутрь для данного пациента составляет + _____ + МЕ

- 5 000–6 000
- 100 000–200 000
- 1 000-2 000
- 10 000-20 000

Оптимальным является потребление пациентом на один прием пищи высококачественного легкоусвояемого белка в количестве + _____ + грамм

- 200–300
- 25–30
- 60-70
- 100-150

Рекомендуемое для потребления данной пациенткой количество поваренной соли в сутки не должно превышать + _____ + г

- 25,0
- 30,0
- 50,0
- 5,0

С целью лечения и профилактики саркопении и мальнутриции данному пациенту следует рекомендовать потребление белка в объеме + _____ + г/кг массы тела в сутки

- 25,0
- 30,0
- 50,0
- 5,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 71 год обратился к врачу-онкологу.

Жалобы

Рост новообразования кожи темного цвета на коже спины.

Анамнез заболевания

Пациент отмечает, что образование появилось около 10 лет назад как небольшая «родинка». За последний год стал отмечать его рост, потемнение, изменение контуров.

Анамнез жизни

В анамнезе многократные солнечные ожоги в зрелом возрасте.

Страдает язвенной болезнью желудка в стадии ремиссии.

Перенес аппендэктомию в возрасте 35 лет.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Масса тела 91 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6⁰С.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. На поверхности кожи множественные пигментные элементы различного размера, от 1 мм до 3 мм, гомогенной коричневой окраски.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту.

* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 15 уд в мин. РО~2~ 98%.

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 785 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- 25,0
- 30,0
- 50,0
- 5,0

Результаты обследования

Визуальный осмотр всех кожных покровов

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. На поверхности кожи множественные пигментные элементы различного размера, от 1 мм до 3 мм, гомогенной коричневой окраски.

На коже спины имеется пигментное образование черно-коричневого цвета 2x1,5 см, с неровными краями, без роста волос, местами с глянцевой поверхностью, при пальпации безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Эпилюминисцентная дерматоскопия

При дерматоскопии опухоль асимметричная, определяется наличие атипичной пигментной сети в периферической части, участки гомогенного паттерна в центральной части, бело-голубые структуры, единичные глобулы, участки депигментации.

Осмотр с лампой Вуда

При осмотре с лампой Вуда на поверхности кожи спины определяется пятно темного цвета, по конфигурации соответствующее визуально видимому пятну. Также определяются другие пятна черного цвета, аналогичные пигментному образованию кожи спины, меньшего размера – от 1 мм до 3 мм, при осмотре соответствующие пигментным невусам.

УЗИ образования кожи спины кожным датчиком

При УЗИ образования кожи спины высокочастотным датчиком нарушений структуры кожи не определяются

Сканирование костей скелета

Очагов патологического накопления РФП не обнаружено

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Каким врачам рекомендуется проводить осмотр пациента?

- врачам терапевтам
- врачам дерматовенерологам
- врачам хирургам
- врачам, имеющим навыки ранней диагностики злокачественных новообразований кожи

В осмотр также рекомендуется включить оценку состояния

- регионарных лимфатических узлов
- легких
- мочевыделительной системы
- щитовидной железы

По результатам анализа жалоб, анамнеза и данных физикального обследования на приеме рекомендуется проведение

- биопсии образования
- биопсии сторожевого лимфатического узла
- КТ органов брюшной полости
- ПЭТ

До морфологического подтверждения диагноза лабораторная диагностика

- должна ограничиваться определением основных онкомаркеров S-100, TA-90
- не рекомендуется
- должна включать общий анализ крови
- должна включать развернутый биохимический анализ крови

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- должна ограничиваться определением основных онкомаркеров S-100, ТА-90
- не рекомендуется
- должна включать общий анализ крови
- должна включать развернутый биохимический анализ крови

Результаты инструментального метода обследования

Эксцизионная (тотальная) биопсия с гистологическим исследованием

Макроскопическое описание:

Лоскут кожи 3,5x2,5 см с подлежащей жировой клетчаткой толщиной до 1 см. В центре кожного лоскута на расстоянии 0,5 см от ближайшего края резекции расположено неправильной формы темно-коричневое пятно не возвышающееся над поверхностью кожи размерами 2x1 см. Края резекции в препарате. Архива нет.

Макроскопическое описание:

Поверхностно-распространяющаяся пигментосодержащая эпителиоидноклеточная меланома, без изъязвления, с умеренно-выраженной периферической лимфоидной инфильтрацией. Уровень инвазии по Кларку - II, толщина по Бреслоу – 1,6 мм. В краях резекции элементов опухоли нет.

Мазок-отпечаток с поверхности опухоли для цитологического исследования

Обнаружены клетки многослойного плоского эпителия

Соскоб с поверхности опухоли для цитологического исследования

В полученном материале обнаружены клетки крови

ПЭТ КТ

Очагов патологической гиперфиксации РФП и патологических изменений, регионарных и отдаленных метастазов не выявлено

Для процедуры стадирования меланомы обязательным является

- цитологическое исследование
- рентгенография органов грудной клетки
- УЗИ печени
- гистологическое исследование

При подтверждении диагноза рекомендуется выполнять

- клинический и биохимический анализы крови (включая определение уровня лактатдегидрогеназы)
- общий анализ мочи
- ЭКГ
- коагулограмму

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- биохимический анализ крови

- УЗИ регионарных лимфатических узлов
- УЗИ вен нижних конечностей
- общий анализ крови

Пациенту показано + _____ + лечение

- хирургическое
- криогенное
- химиотерапевтическое
- лучевое

Для профилактики заболевания пациенту следует рекомендовать

- заниматься скандинавской ходьбой
- избегать посещения бассейна
- употребление продуктов, богатых полиненасыщенными жирными кислотами
- избегать солнечных ожогов

Фактором риска развития меланомы кожи у данного пациента является

- заниматься скандинавской ходьбой
- избегать посещения бассейна
- употребление продуктов, богатых полиненасыщенными жирными кислотами
- избегать солнечных ожогов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач терапевт был вызван на дом в связи с обращением родственников мужчины 80 лет, не способного самостоятельно прийти в поликлинику.

Жалобы

Со слов дочери пациента он испытывает выраженную общую слабость в течение последних двух месяцев, приведшую к затруднениям при перемещении по дому и самостоятельном выполнении гигиенических процедур, во время приема пищи.

Анамнез заболевания

Около 15 лет назад был установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 3 стадии, хроническая ишемия мозга 2 степени. Постоянно получает антигипертензивную терапию: периндоприл в комбинации с индапамидом, 2 раза в год курсовой приём винпоцетина. Состоит под диспансерным наблюдением кардиолога и невролога, у которых проходит контрольный осмотр 2 раза в год.

Анамнез жизни

Работал до 65 лет. После прекращения трудовой деятельности вел малоактивный образ жизни, за последний год дочь отметила снижение массы

тела с 67 до 60 кг., снижение аппетита, сокращение физической активности, замедление темпа и сгорбленность при ходьбе, периодически – падения, утрату интереса к происходящему.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожа дряблая, с многочисленными пигментными пятнами, отеков нет. Мышечная сила кистей при пожатии значительно снижена.

Рост 168 см, масса тела 59,5 кг, ИМТ = 21 кг/м². Дыхание над легкими ослабленное везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, I тон ослаблен, незначительный акцент II тона над аортой. АД 140 и 80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 67 в 1 мин. Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют заподозрить у пациента синдром старческой

- заниматься скандинавской ходьбой
- избегать посещения бассейна
- употребление продуктов, богатых полиненасыщенными жирными кислотами
- избегать солнечных ожогов

Диагноз

Старческая астения

Старческая гипертония

Старческая дистония

Старческая дистрофия

Скрининг синдрома старческой астении рекомендуется проводить у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника

- Катца
- «Возраст не помеха»
- Бартела
- SF-36

Одним из наиболее значимых признаков старческой астении, имеющих у пациента, является/являются

- повышенная утомляемость

- падения
- депрессия
- недержание мочи

Одним из наиболее значимых признаков старческой астении, имеющих у пациента, является/являются

- утрата интереса к происходящему
- саркопения
- снижение веса
- остеопения

Междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека называется

- комплексной гериатрической оценкой
- комплексной оценкой функционирования
- комплексной оценкой социального статуса
- оценкой выраженности особых проблем

При проведении комплексной гериатрической оценки с целью выявления мальнутриции рекомендовано оценивать в сыворотке крови уровень

- общего билирубина
- общего белка и альбумина
- креатинина
- общего холестерина

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать функциональный статус пациента на основании показателей его базовой активности с помощью шкалы

- Апгáр
- Бартела
- Лаутона
- Векслера

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств с использованием критериев

- качества медицинской помощи
- ШОКС
- STOPP/START
- шкалы Глазго

Пациентам с синдромом старческой астении и высоким риском ее развития с целью улучшения или поддержания физического, функционального и когнитивного статуса рекомендована

- гипохолестериновая диета
- регулярная физическая активность
- терапия ноотропными средствами
- коррекция тревожно-депрессивных нарушений

При проведении диспансеризации граждан 75 лет и старше согласно действующему порядку рекомендовано проводить опрос пациентов по шкале «Возраст не помеха» с целью выявления

- гериатрических синдромов
- синдрома лекарственной зависимости
- психоэмоциональных нарушений
- функциональной полноценности

Диспансерное наблюдение пациента с синдромом старческой астении в соответствии с индивидуальным планом осуществляет

- врач общей практики
- врач-невролог
- врач-гериатр
- врач-терапевт

Всем пациентам с синдромом старческой астении и остеопорозом для профилактики переломов рекомендовано назначение комбинации

- врач общей практики
- врач-невролог
- врач-гериатр
- врач-терапевт

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач общей практики был вызван на дом в связи с обращением родственников женщины 85 лет, не способной самостоятельно прийти в поликлинику.

Жалобы

Со слов дочери пациентки она испытывает выраженную общую слабость в течение последних 5-6 месяцев, головокружения, приведшие к затруднениям при перемещении по дому, приёму пищи и самостоятельного выполнения гигиенических процедур.

Анамнез заболевания

Около 18 лет назад был установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 3 стадии,

хроническая ишемия мозга 2 степени. Постоянно получает антигипертензивную терапию: периндоприл в комбинации с индапамидом, 2 раза в год курсовой приём винпоцетина. Состоит под диспансерным наблюдением кардиолога и невролога, у которых проходит ежегодный осмотр.

Анамнез жизни

После прекращения трудовой деятельности в 70 лет вела малоактивный образ жизни, за последний год дочь отметила снижение массы тела с 65 до 59 кг, снижение аппетита, значительное сокращение физической активности (в пределах квартиры), замедление темпа и сгорбленность при ходьбе, падения 1-2 раза в месяц.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожа дряблая, с многочисленными пигментными пятнами, отеков нет. Мышечная сила кистей при пожатии значительно снижена.

Рост 168 см, масса тела 58 кг, ИМТ = 20,5 кг/м². Дыхание над легкими ослабленное везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, I тон ослаблен, незначительный акцент II тона над аортой. АД 125 и 70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 68 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют заподозрить у пациентки синдром старческой

- врач общей практики
- врач-невролог
- врач-гериатр
- врач-терапевт

Диагноз

Старческая астения

Старческая гипертония

Старческая дистония

Старческая дистрофия

Скрининг синдрома старческой астении рекомендуется проводить у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника

- Бартела
- «Возраст не помеха»

- SF-36
- Катца

Одним из наиболее значимых признаков старческой астении, имеющих у пациента, является

- недержание мочи
- саркопения
- остеопения
- снижение веса

Междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека называется

- комплексной оценкой функционирования
- оценкой выраженности особых проблем
- комплексной гериатрической оценкой
- комплексной оценкой социального статуса

Комплексную гериатрическую оценку проводит

- мультидисциплинарная команда
- врач общей практики
- фельдшер
- врач-терапевт

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать функциональный статус пациента на основании показателей его базовой активности с помощью шкалы

- Векслера
- Апгáр
- Лаутона
- Бартела

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств с использованием критериев

- качества медицинской помощи
- шкалы Глазго
- STOPP/START
- ШОКС

Индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией должен контролироваться и выполняться

- врачом-гериатром, обученной медицинской сестрой и врачами-специалистами по выявленным заболеваниям
- врачом, наблюдающим пациента (врач-терапевт, врач общей практики), совместно с врачом-гериатром
- только врачами-специалистами по выявленным заболеваниям в рамках диспансерных осмотров
- только врачом-терапевтом или врачом общей практики на основе рекомендаций врача-гериатра

С целью профилактики развития и прогрессирования синдрома старческой астении для проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста рекомендовано проведение групповых и индивидуальных

- физических тренировок
- образовательных программ
- когнитивных тренингов
- консультаций

Выполнение комплексной гериатрической оценки рекомендуется проводить не реже 1 раза в

- год
- 6 мес
- 2 года
- 3 мес

Пациент с преастьнией наблюдается врачом

- гериатром
- неврологом
- терапевтом
- психиатром

При наблюдении за пациентом с преастьнией врач-терапевт участковый оценивает динамику

- гериатром
- неврологом
- терапевтом
- психиатром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 83 лет обратилась к врачу-онкологу.

Жалобы

Рост новообразования на коже правой щеки.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что образование появилось около 5 лет назад без видимой причины и постепенно увеличивалось в размерах.

Анамнез жизни

В анамнезе длительное пребывание на солнце летом в полуденное время по роду работы, работала в сельском хозяйстве.

Год назад перенесла правостороннюю очаговую пневмонию.

Холецистэктомия в возрасте 45 лет по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Масса тела 75 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6⁰С.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Кожа светлая с участками гиперкератозов, II фототип кожи.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту.

* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуторно над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 15 уд в мин. РО~2~ 97%. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Для выявления факторов, которые могут повлиять на выбор методов диагностики, рекомендуется

- проведение рентгенографии органов грудной клетки
- сбор жалоб и анамнеза
- определение группы крови
- регистрация ЭКГ

Основным методом обследования для постановки диагноза является

- проведение рентгенографии органов грудной клетки
- сбор жалоб и анамнеза
- определение группы крови
- регистрация ЭКГ

Результаты обследования

Визуальный осмотр всех кожных покровов

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. На коже правой щеки в области носогубной складки имеется опухоль с четкими границами размерами 1,8x1 см с бугристой поверхностью, выступающая над поверхностью кожи. При пальпации опухоль безболезненна, смещается по отношению к подлежащим тканям. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Осмотр с лампой Вуда

При осмотре с лампой Вуда на поверхности кожи правой щеки определяется пятно красноватого цвета, по конфигурации соответствующее визуально видимому образованию.

КТ головы и шеи

При КТ головы и шеи в области правой щеки определяется образование кожи размерами 1,8x1 см, толщиной 1 см.

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

При первом обращении больного рекомендуется выполнить оценку состояния

- органов грудной клетки
- регионарных лимфатических узлов
- гемостаза
- печени и желчевыводящих путей

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- органов грудной клетки
- регионарных лимфатических узлов
- гемостаза
- печени и желчевыводящих путей

Результаты обследования

Биопсия с гистологическим исследованием

При гистологическом исследовании опухоль имеет строение базальноклеточного рака кожи

Рентгенография органов грудной клетки

Тень сердца обычных размеров. Аорта плотная, развернута. Легочные поля прозрачны, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней нет

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Результат | Норма

| АЛТ | 37 | 0-50 ЕД
| АСТ | 31 | 0-50 Ед/л
| Креатинин | 98 | 74-115 мкмоль/л
| Мочевина | 5,1 | 3,2-7,3 ммоль/л
| Холестерин | 6,9 | 3,5-5 ммоль/л
| Глюкоза | 5,1 | 3,5-6,1 ммоль/л
| Общий белок | 72 | 60-80 г/л
| СРБ | 2 | 0-5 мг/л
|====

Исследование периферической крови на онкомаркер S100

0,05 (норма < 0,105 мкг/л)

До морфологического подтверждения диагноза лабораторная диагностика

- должна включать определение показателей гемостаза
- должна включать общий анализ крови
- не рекомендуется
- должна включать определение группы крови

Наиболее вероятный диагноз

- должна включать определение показателей гемостаза
- должна включать общий анализ крови
- не рекомендуется
- должна включать определение группы крови

Диагноз

Базальноклеточный рак кожи

Меланома кожи

Себорейная кератома

Гемангиома

Для процедуры стадирования рака кожи обязательным является

- УЗИ опухоли кожи
- цифровое фото опухоли
- дерматоскопия
- морфологическое исследование

Перед выбором тактики лечения у данной пациентки необходимо проведение

- УЗИ опухоли кожи
- цифровое фото опухоли
- дерматоскопия

- морфологическое исследование

Результаты обследования

УЗИ регионарных лимфатических узлов

При ультразвуковом исследовании лимфатические узлы шеи не увеличены

УЗИ вен нижних конечностей

Вены н/конечностей не расширены, без признаков тромбоза.

КТ органов грудной клетки

При КТ органов грудной клетки патологических изменений не выявлено.

Рентгенографии костей черепа

При рентгенографии патологии костей черепа не выявлено

Какой объем лучевой диагностики данной больной следует считать оптимальным?

- КТ органов грудной, брюшной полости и малого таза
- МРТ органов грудной полости
- ПЭТ-КТ
- методы лучевой диагностики не рекомендованы

Больной показано + _____ + лечение

- физиотерапевтическое
- хирургическое
- консервативное
- противовоспалительное

Лечебной тактикой в отношении лимфатических узлов шеи у данной больной является

- операция Ванаха
- лучевая терапия
- наблюдение
- биопсия сторожевого лимфоузла

Индивидуальной особенностью, предрасполагающей к развитию рака кожи у данной больной, является

- операция Ванаха
- лучевая терапия
- наблюдение
- биопсия сторожевого лимфоузла

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к врачу-онкологу.

Жалобы

Рост пигментного пятна на коже шеи слева.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что образование появилось около 5 лет назад как небольшая «родинка» и за прошедшие годы значительно увеличилась в размерах.

Анамнез жизни

В анамнезе многократные солнечные ожоги в юношеском возрасте на пляже. Страдает гипертонической болезнью.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Масса тела 75 кг, рост 167 см. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. На поверхности кожи множественные пигментные элементы различного размера, от 1 мм до 3 мм, гомогенной коричневой окраски.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии легких звук с коробочным оттенком. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. SpO₂ ~ 98%.

* Молочные железы симметричны, каких-либо патологических изменений при осмотре и пальпации не выявлено.

* Тоны сердца ясные, ритм правильный, гемодинамические показатели стабильные, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм рт.ст.

* Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

При первом обращении пациента с жалобами на пигментное новообразование кожи осмотр пациента обязательно включает

- операция Ванаха
- лучевая терапия
- наблюдение
- биопсия сторожевого лимфоузла

Результаты обследования

Визуальный осмотр всех кожных покровов

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. На поверхности кожи множественные пигментные элементы различного размера,

от 1 мм до 5 мм, гомогенной коричневой окраски.

На коже шеи пигментное образование черно-коричневого цвета 2,0x1,0 см, с неровными краями, с бугристой поверхностью, при пальпации безболезненное.

{nbsp}

Эпилюминисцентная дерматоскопия

При дерматоскопии определяется асимметрия пигментации и строения образования, наличие атипичной пигментной сети в периферической части, участки гомогенного паттерна в центральной части, бело-голубые структуры, единичные глобулы, участки депигментации.

{nbsp}

Осмотр с лампой Вуда

При осмотре с лампой Вуда на поверхности кожи шеи определяется пятно темного цвета, по конфигурации соответствующее визуально видимому пятну. Также определяются другие пятна черного цвета, аналогичные пигментному образованию кожи шеи, меньшего размера – от 1 мм до 5 мм, при осмотре соответствующие пигментным невусам

УЗИ (с использованием кожного датчика) образования кожи шеи

При УЗИ образования кожи спины высокочастотным датчиком нарушений структуры кожи не определяются.

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Сцинтиграфия костей скелета

При сканировании костей скелета очагов патологического накопления РФП не выявлено

Учитывая данные анамнеза и осмотра пациентки, в план обследования должно быть обязательно включено выполнение

- операция Ванаха
- лучевая терапия
- наблюдение
- биопсия сторожевого лимфоузла

Результаты обследования

Эксцизионная биопсия пигментного образования

Поверхностно-распространяющаяся пигментосодержащая эпителиоидноклеточная меланома, без изъязвления, с умеренно-выраженной периферической лимфоидной инфильтрацией.

Уровень инвазии по Кларку - III, толщина по Бреслоу – 3 мм. В краях резекции элементов опухоли нет.

Эхо-КГ

Признаки гипертрофии левого желудочка. ФВ 68%. Нарушения локальной сократимости не выявлено

УЗИ сосудов нижних конечностей

Патологии не выявлено

Пункционная биопсия подчелюстного лимфатического узла

Патологии не выявлено

Для верификации диагноза подозрительного пигментного образования необходимо

- операция Ванаха
- лучевая терапия
- наблюдение
- биопсия сторожевого лимфоузла

Результаты обследования

Проведение эксцизионной (тотальной) биопсии образования с гистологическим исследованием

Макроскопическое описание

Лоскут кожи 3х2 см с подлежащей жировой клетчаткой толщиной до 1 см. В центре кожного лоскута на расстоянии 0,5 см от ближайшего края резекции расположено неправильной формы темно-коричневое пятно не возвышающееся над поверхностью кожи размерами 2х1 см. Края резекции в препарате.

Микроскопическое описание

Поверхностно-распространяющаяся пигментосодержащая эпителиоидноклеточная меланома, без изъязвления, с умеренно-выраженной периферической лимфоидной инфильтрацией. Уровень инвазии по Кларку - III, толщина по Бреслоу – 3 мм. В краях резекции элементов опухоли нет.

Выполнение забора мазка-отпечатка с поверхности образования для проведения цитологического исследования

Цитологическое исследование: Материал не информативен, в мазке единичные клетки эпидермиса.

Взятие соскоба с поверхности образования для цитологического исследования

В полученном материале клетки крови, эпидермис, единичные пигментосодержащие клетки.

Определение онкомаркера S100 в периферической крови

0.90 мкг/л

Учитывая полученные данные, пациентке можно поставить диагноз

- операция Ванаха
- лучевая терапия
- наблюдение
- биопсия сторожевого лимфоузла

Диагноз

Меланома кожи шеи

Пигментированная форма базальноклеточного рака

Карцинома Меркеля

Пограничный диспластический невус

До получения морфологического подтверждения диагноза необходимо было

- воздержаться от проведения какого-либо лабораторного обследования
- проведение исследования общего анализа крови
- провести определение группы крови и резус-фактора
- проведение исследования биохимического анализа крови

При проведении осмотра пациентов с меланомой необходимо особо обращать внимание на

- легкие
- регионарные лимфатические узлы
- печень
- сердце

Пациентка должна быть осмотрена

- хирургом
- терапевтом
- дерматовенерологом
- онкодерматологом

Для установления символа Т меланомы обязательным является проведение

- УЗИ печени
- гистологического исследования
- цитологического исследования
- рентгенографии органов грудной клетки

После гистологического подтверждения диагноза рекомендуется проведение

- сканирование костей скелета
- ЭКГ
- общего анализа мочи
- клинического и биохимического анализов крови

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- УЗИ регионарных лимфатических узлов
- сканирование костей скелета
- МСКТ органов малого таза

- УЗИ вен нижних конечностей

В качестве основного метода лечения пациентке показано проведение

- лучевой терапии
- хирургического лечения
- таргетной терапии
- иммуносупрессивной терапии

Фактором риска развития меланомы кожи у данной больной является

- лучевой терапии
- хирургического лечения
- таргетной терапии
- иммуносупрессивной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 81 года обратилась к врачу-терапевту в сопровождении племянницы.

Жалобы

Пациентка жалуется на забывчивость, трудности при приеме лекарственных препаратов («путаюсь, то красненькие, то беленькие»). Постоянно боится упасть, поэтому на улицу выходит редко. Племянница отмечает, что тетя стала плохо есть, забывает пить воду, не съедает еду, которую племянница ей готовит. Беспокоит также головокружение, слабость, пошатывание при ходьбе. Отмечает ощущение перебоев, сердцебиения.

Результат опроса по опроснику «Возраст не помеха»

№ Вопросы Ответ

1. Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? да

2. Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?

нет

3. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?

да

4. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?

да

5. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?

да

6. Страдаете ли Вы недержанием мочи?

нет

7. Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице?

(Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)

нет

Анамнез заболевания

За время наблюдения в медицинском учреждении (около 20 лет) выявлены следующие заболевания:

Основное: Гипертоническая болезнь 3 ст. риск сердечно-сосудистых осложнений 4, постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда 4 года назад), сахарный диабет 2 типа (компенсированный, инсулиннезависимый). Цереброваскулярная болезнь, ишемическое острое нарушение мозгового кровообращения 4 года назад.

Соп: аденокарцинома щитовидной железы (резекция правой доли 30 лет назад). Тубулярная аденома сигмовидной кишки (резекция кишки 15 лет назад).

Осложнение: Фибрилляция предсердий, постоянная форма. Хроническая сердечная недостаточность 2 функциональный класс по NYHA (Нью-Йоркская ассоциация кардиологов)

Прогрессирующее ухудшение началось 4 года назад после перенесенных инфаркта и инсульта. До этого самочувствие отмечала как хорошее, постоянное наблюдение врача не требовалось. Вела активный образ жизни, выезжала на дачу в летнее время, артериальная гипертензия была основной проблемой, но была компенсирована. В настоящее время по данным анализов крови, как клинического, так и биохимического, все показатели в пределах нормы. АД держится на уровне 110-140 мм рт.ст. и 70-75 мм рт. ст.

Принимает постоянно аторвастатин 20 мг, (бисопролол) 5 мг, (апиксабан) 2,5 мг дважды в день, (левотироксин натрия) 50 мг

Анамнез жизни

Пациентка имеет высшее образование, работала на различных руководящих должностях. Была замужем (муж умер много лет назад), сын (инвалид 1 ой группы) умер около 15 лет назад. Проживает одна в благоустроенной квартире. Ей помогает племянница с покупками, уборкой квартиры. Из дома на улицу выходит только в сопровождении помощников, пользуется тростью. Забывчива, например, при походе в магазин или аптеку нужен список. Постоянно испытывает страх падения.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Контактна, ориентирована во времени, месте и собственной личности. Настроение угнетенное, обеспокоена ухудшением состояния. Кожные покровы сухие, складка кожи не расправляется после сжатия. Кожа в области живота и спины собирается в складки, прохладная и сухая на ощупь. Слизистые розовые, достаточной влажности. Масса тела 60 кг, рост 160 см. пульс аритмичный, 68 в мин., ЧСС 68. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, в точке Боткина и на основании сердца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, отеков нет.

Следующим этапом обследования, необходимым для постановки диагноза, является

- лучевой терапии

- хирургического лечения
- таргетной терапии
- иммуносупрессивной терапии

Результаты обследования

Проведение теста «Краткая батарея тестов физического функционирования», «Мини-ког»

* Положение ног «стопы вместе – 7 сек., полутандемный шаг – 5 сек, тандемный шаг – не смогла выполнить; (0 баллов)

* С использованием трости прошла 4 м за 9 сек (0 баллов)

* Выполнила 3 подъема со стула за 15 сек. – 2 балла

Сумма 2 балла

* Мини-ког 2 балла

Обследование по поводу ХСН

Консультация кардиолога:

Страдает ГБ 3 ст., постинфарктным кардиосклерозом, фибрилляцией предсердий. В настоящее время данные за ХСН 2 ф.кл., Фибрилляция предсердий класс симптомов EHRA II, нормосистолия. Рекомендованные препараты принимает. Рекомендуются добавить к терапии ингибиторы АПФ. Следующая явка по состоянию.

Консультация невролога по поводу последствий ОНМК и головокружения

Консультация невролога:

Заключение: сознание ясное, в месте и времени ориентирована. Настроена позитивно. Менингеальных симптомов нет. Лицо в покое симметрично, мимические пробы выполняет правильно.

Произвольных движений глаз не наблюдается, размер зрачков соответствует освещению. Глубокие сухожильные рефлексы сохранены, низкой силы.

Чувствительность слева несколько снижена. Глотание не нарушено, произношение нормальное; лицевая чувствительность в норме. В позе Ромберга неустойчива, пальценосовая проба с промахиванием. Сила мышц снижена с обеих сторон.

Диагностика степени деменции и ее коррекции

Дисциркуляторная энцефалопатия 3 степени

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- лучевой терапии
- хирургического лечения
- таргетной терапии
- иммуносупрессивной терапии

Результаты лабораторных методов обследования

Определение содержания креатинина и скорости клубочковой фильтрации

Содержание креатинина в сыворотке 108 мкмоль/л (норма – от 53 до 106

мкмоль/л), СКФ 48 мл/мин (СКФ в пределах 60-89 мл/мин/1,73 м² считается возрастной нормой для лиц в возрасте 65 лет и старше)

Клинический анализ крови

- * Содержание гемоглобина 103 г/л
- * Цв. Показатель -0,7
- * MCV – 79 фл,
- * MCH-20 нг,
- * Тромбоциты ($180-320 \cdot 10^9/\text{л}$) - $140 \cdot 10^9/\text{л}$;
- * Ретикулоциты (0,2-1,4%) - 1,2%;
- * Лейкоциты ($4-8 \cdot 10^9/\text{л}$) - $4,5 \cdot 10^9/\text{л}$;
- * базофилы (0-1%) - 0;
- * эозинофилы (1-2%) - 2;
- * юные - 0;
- * палочкоядерные (3-6%) - 3;
- * сегментоядерные (51-67%) - 45;
- * лимфоциты (23-42%) - 46;
- * моноциты (4-8%) - 4.
- * СОЭ - 10 мм/ч.

Содержание общего белка в сыворотке и альбумина

Содержание общего белка 56 г/л норма 65-85 г/л), альбумина 30 г/л (норма 40-50 г/л)

Определение содержания витамина 25 (ОН)D3 в сыворотке

10 нг/мл (норма от 30 до 100 нг/мл)

Липидный профиль сыворотки

ОХ-3,5 ммоль /л (норма 3,2-5,6 ммоль/л), ХС ЛПВП 1,2 ммоль /л (норма 0,9-1,7 ммоль/л); ХС ЛПНП 1,8 ммоль /л (норма 2,2-3,38 ммоль/л)

Коагулограмма

Фибриноген 2,8 г л (2,7-4,01 г/л); АЧТВ 31,5 сек (норма 22,5-35,5 сек), Тромбиновое время 18,7 сек (норма 14-21 сек), время свертываемости 5 мин 15 сек (норма от 5 до 15 мин); протромбиновый индекс 85% (норма 73-122%)

При выполнении Краткой батареи тестов физического функционирования пациентка набрала 2 балла.

Основным предполагаемым диагнозом является

- лучевой терапии
- хирургического лечения
- таргетной терапии
- иммуносупрессивной терапии

Диагноз

Старческая астения

Дисциркуляторная энцефалопатия

Хроническая сердечная недостаточность

Фибрилляция предсердий

Приоритетным для вмешательства у пациентки является гериатрический синдром

- доброкачественного позиционного головокружения
- деменции умеренной степени
- ортостатической гипотензии
- недостаточности питания

Пациентке следует назначить

- увеличение суточного потребления белка
- церебролизин 10 мл внутривенно капельно
- этилметилгидроксипиридина сукцинат 125 мг 3 раза в день
- холина альфосцерат 1000 мг

Время выполнения теста скорость ходьбы >60 сек.

Во время выполнения Краткой батареи тестов физического функционирования у пациентки выявлен гериатрический синдром

- снижение мобильности
- ортостатическая гипотензия
- деменция
- недержание мочи

На основании данных обследования для лечения старческой астении пациентке следует рекомендовать

- поливитамины для пожилых
- колекальциферол
- L-карнитин
- омега 3-жирные кислоты

Существующая у пациентки анемия

- не требует изменения антикоагулянтной терапии
- требует отмены аписабана и назначения антагонистов витамина К
- требует отмены аписабана и назначения ацетилсалициловой кислоты
- требует отмены любых препаратов, влияющих на свертывающую систему крови

Пациентка принимает аторвастатин. В данной ситуации этот препарат

- противопоказан, так как у пациентки есть снижение скорости клубочковой фильтрации

- показан в целях вторичной профилактики (вследствие имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний, перенесенного инфаркта миокарда и инсульта)
- противопоказан, так как у пациентки есть нарушение мобильности и мышечная слабость
- противопоказан, так как она перенесла два онкологических заболевания

У пациентки выявлены нарушения памяти, и тест Мини-ког установил когнитивные нарушения. В этой связи перед проведением комплексной диагностики причин деменции ей показано исследование

- позитронно-эмиссионная томография мозга
- однофотонная эмиссионная компьютерная томография
- магнитно-резонансная спектроскопия
- определения содержания витамина В ~12~ в крови

Одной из причин когнитивных нарушений у пожилых людей может быть депрессия. Для выявления депрессии чаще всего в гериатрической практике используется

- гериатрическая шкала депрессии
- госпитальная шкала тревоги и депрессии
- шкала депрессии Гамильтона
- шкала Бека

У пациентки существует высокий риск падений. Для оценки риска переломов следует использовать

- гериатрическая шкала депрессии
- госпитальная шкала тревоги и депрессии
- шкала депрессии Гамильтона
- шкала Бека

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 78 лет доставлен сыном на консультацию к гериатру по рекомендации социального работника, осуществляющим уход за пациентом.

Жалобы

- * общую слабость,
- * быструю утомляемость,
- * шаткость и неустойчивость при ходьбе,
- * два эпизода падения

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 4 недель, когда отметил усиление слабости, утомляемости, неустойчивости при ходьбе. Со слов пациента, за это время дома

было два эпизода падения при переходе из одной комнаты в другую, по крайней мере, 1 эпизод сопровождался эпизодом кратковременной потери сознания, свидетелей не было.

Анамнез жизни

- * До 50 лет к врачам не обращался.
- * В 51 год - острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, проведено ЧКВ - стентирование правой коронарной артерии.
- * С 75 лет - постоянная форма фибрилляции предсердий (антикоагулянтную терапию не принимал).
- * В 77 лет – ОНМК, после чего постоянно принимает: дигоксин 0.025 мг/сутки, бисопролол 5 мг/сутки, валсартан 80 мг/сутки, амлодипин 10 мг/сутки, апиксабан 10 мг/сутки.
- * Вредные привычки: курил 62 года, по 1 пачке сигарет в день, в течение последнего года не курит. Злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

- * Состояние больного средней степени тяжести. Рост 172 см, вес 90 кг. Передвигается с трудом, опираясь на руку сына и многоопорную трость.
- * Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней.
- * В легких дыхание жесткое, множественные сухие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД 22 в 1 минуту, SpO₂ ~ 90% на воздухе.
- * Тоны сердца приглушены, ритм представляется правильным, ЧСС 34 в 1 минуту. АД 160/90 мм рт.ст.
- * Живот увеличен в размерах за счет развитой подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень на 5 см ниже края реберной дуги.
- * Коленные суставы деформированы.
- * Шкала «Возраст не помеха» - 6 баллов.
- * Индекс активности в повседневной жизни – 70.
- * Тест «встань и иди» - 35 сек.
- * MMSE – 20 балла.
- * Краткая гериатрическая шкала оценки депрессии – 10 баллов.

Необходимым для постановки диагноза первичным методом инструментального обследования является

- гериатрическая шкала депрессии
- госпитальная шкала тревоги и депрессии
- шкала депрессии Гамильтона
- шкала Бека

Результаты инструментального обследования

Электрокардиография

{nbsp}

{nbsp}

ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧСС 35 в минуту. АВ блокада 3 степени.

Суточное мониторирование ЭКГ

За время наблюдения основной ритм фибрилляция предсердий с ЧСС 27-36-42

удара в минуту. За время наблюдения зарегистрировано 215 паузы (максимальная пауза 4.6 секунды). Нарушение проводимости: АВ блокада 3 степени.

Суправентрикулярная эктопическая активность не зарегистрирована.

Желудочковая эктопическая активность – 5012, из них 510 по типу бигимении и 32 тригемении.

Достоверной ишемической динамики сегмента ST не обнаружено.

Проведение пробы с физической нагрузкой

Проба с физической нагрузкой не выполнена в связи с тяжестью состояния пациента

Электрофизиологическое исследование сердца

Дополнительные пути проведения не выявлены. Эпизоды желудочковой и суправентрикулярной тахикардии не спровоцированы.

Учитывая перечень лекарственных препаратов, которые принимает пациент, необходимо провести определение в сыворотке крови

- гериатрическая шкала депрессии
- госпитальная шкала тревоги и депрессии
- шкала депрессии Гамильтона
- шкала Бека

Результаты обследования

Концентрация дигоксина

1 нг/мл (норма 0.8-2.0 нг/мл)

Уровень калия

4,5 ммоль/л (норма 3,5-5,5 ммоль/л)

Концентрация креатинина

Креатинин 75 мкмоль/л (норма 65-105 мкмоль/л)

Уровень натрия

140 ммоль/л (норма 135 – 150 ммоль/л)

Уровень глюкозы

5.5 ммоль/л (норма 3,3—5,5 ммоль/л)

На основании заключения по ЭКГ выставите диагноз

- гериатрическая шкала депрессии
- госпитальная шкала тревоги и депрессии
- шкала депрессии Гамильтона
- шкала Бека

Диагноз

Синдром Фредерика

Мерцательная аритмия, брадисистолическая форма

Узловой и/или идиовентрикулярный ритм

Выскакивающие сокращения

Клиническая картина, имеющаяся у пациента, характерна для синдрома

- Морганьи-Адама-Стокса
- Клерка-Леви-Кристеско
- Бургада
- Вольфа-Паркинсона-Уайта

Подтверждением синдрома Морганьи-Адама-Стокса является наличие в анамнезе пациента

- полипрогмазии
- эпизода потери сознания
- перенесенного инфаркта миокарда
- проведения стентирования правой коронарной артерии

В данной клинической ситуации пациента необходимо госпитализировать в отделение

- паллиативной помощи
- интенсивной терапии (палату интенсивного наблюдения)
- кардиологии
- гериатрической терапии

Через 15 минут после госпитализации пациента в палату интенсивной терапии отмечено уменьшение частоты пульса до 25 ударов в минуту, усиление слабости, головокружение. Учитывая возможную ятрогенную брадикардию (терапия бета-блокаторами), пациенту показано введение

- допмина
- добутамина
- атропина
- адреналина

Через 24 часа после последнего приема дигоксина и бисопролола, несмотря на введение атропина, у пациента сохраняется синдром Фредерика с ЧСС 30-35 ударов в минуту. Радикальным методом лечения в данном случае является имплантация

- однокамерного кардиостимулятора с имплантацией электрода в желудочек
- однокамерного кардиостимулятора с имплантацией электрода в предсердие
- кардиовертебра-дефибриллятора
- трехкамерного кардиостимулятора – ресинхронизирующая терапия

При отсутствии возможности имплантации выбранного устройства должен быть осуществлен перевод в другой стационар, учитывая наличие эпизодов гемодинамической нестабильности, требующих введения атропина, для безопасной транспортировки пациента необходимо использование

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- аппарата искусственного кровообращения
- временной электростимуляции
- аппарата искусственной вентиляции легких

После проведения имплантации однокамерного электрокардиостимулятора, пациент должен быть + _____ + раз(а) в течение первых 6 месяцев осмотрен аритмологом для оценки работы ЭКС

- 1
- 3
- 6
- 2

Для оценки риска развития переломов у пациентов, имеющих эпизоды падения в анамнезе, используют шкалу

- _SCORE_
- _FRAX_
- Морзе
- _SARC-F_

Рекомендуемая доза витамина Д пациенту, имеющему согласно шкале FRAX 35% риск развития перелома в течение 10 лет и уровень витамина 25 (ОН) Д 11 нг/мл, составляет

- _SCORE_
- _FRAX_
- Морзе
- _SARC-F_

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 78 лет доставлена СМП в городскую клиническую больницу.

Жалобы

На ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания

* Впервые нарушения ритма сердца по типу фибрилляции предсердий появились около 5 лет назад. Неоднократно госпитализировалась в стационар по поводу частых рецидивов нарушений ритма сердца. Нарушения ритма имеют

тенденцию к самопроизвольному восстановлению дома, в стационаре всегда купируются в течение первых 48 часов на фоне антиаритмических средств.

* Периодически отмечает повышение артериального давления. Регулярно принимает лозартан 50 мг, эпизодически при повышении САД выше 170 мм рт.ст. - коринфар 10 мг под язык.

* Вышеуказанные жалобы появились около 12 часов назад.

Анамнез жизни

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имела;

* аллергических реакций не было;

* сведений о наследственных заболеваниях нет (сирота)

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. Рост 167 см, вес 115 кг. Окружность талии 121 см. ИМТ 41,2 кг/м². Температура тела 36,5^oС.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации грудная клетка безболезненная, голосовое дрожание не изменено. При перкуссии легких - звук коробочный. Границы лёгких в пределах нормы справа. При аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 20 уд в мин, SpO₂ 96%

* Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии.

* Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок смещен влево на 1,5 см, тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 126 уд в мин, пульс 116 в мин (дефицит пульса 10), АД 150/90 мм рт.ст.

* Живот не вздут, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Основным методом исследования для постановки диагноза в данном клиническом случае является

- _SCORE_
- _FRAX_
- Морзе
- _SARC-F_

Результаты обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Трансторакальная эхокардиография

По данным трансторакальной эхокардиографии: аорта 32 мм, подвижность

клапанов не ограничена, ИММЛЖ=133 г/м², ОТС 0,62, ИКСО левого предсердия 35,6 мл/м², ФВ левого желудочка 68%, Максимальная скорость трикуспидальной регургитации 2,4 м/с, СДЛА 27 мм рт.ст. Нижняя полая вена 18 мм, коллабирует на вдохе более 50%.

Чреспищеводная эхокардиография

При ЧП ЭХО-КГ патологических эхомасс и эффекта спонтанного контрастирования в ушке левого предсердия не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной полости тень средостения не смещена, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

Для уточнения причин аритмии к обязательным лабораторным методам исследования относят определение в крови уровней

- _SCORE_
- _FRAX_
- Морзе
- _SARC-F_

Результаты лабораторных методов обследования

Тиреоидные гормоны

Тиреотропный гормон 2,3 мЕд/л (N: 0,25–3,5)

Тироксин свободный 12 пмоль/л (N: 10–27)

Калий

Калий 4,8 ммоль/л (N: 3,5–5,0)

Гликозилированный гемоглобин

Гликозилированный гемоглобин 6,3% (норма менее 6,5%)

Уровень триглицеридов

Триглицериды 2,7 ммоль/л (N<1,7)

Креатинин

Креатинин 99 мкмоль/л (N: < 118)

Согласно полученным данным, выявленное у пациентки нарушение ритма является

- _SCORE_
- _FRAX_
- Морзе
- _SARC-F_

Диагноз

Фибрилляция предсердий

Наджелудочковая экстрасистолия

Трепетание предсердий

АВ узловая реципрокная тахикардия

В данном клиническом случае выявленная фибрилляция предсердий, согласно современной классификации по течению и длительности аритмии, является

- пароксизмальной
- постоянной
- длительно персистирующей
- персистирующей

В данном клиническом случае фибрилляция предсердий является

- осложнением ожирения
- осложнением дилатационной кардиомиопатии
- ятрогенной, на фоне приема антигипертензивных препаратов (антагонистов кальция)
- идиопатической

Наиболее частым сопутствующим заболеванием, которое приводит к развитию фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса, является

- гипертрофическая кардиомиопатия
- ишемическая болезнь сердца
- морбидное ожирение
- миокардит

Сумма баллов, полученная при оценке риска развития ишемического инсульта и тромбоза по шкале CHA2DS2-VASc, в данном клиническом случае равна

- 1
- 4
- 3
- 2

Проведение постоянной медикаментозной профилактики тромбоза у данной пациентки

- возможна, но нежелательно
- обязательно
- нежелательно
- возможно, но необязательно

Стратегией лечения фибрилляции предсердий у пожилых пациентов является

- хирургическое лечение аритмии
- обязательное удержание синусового ритма посредством антиаритмических препаратов
- индивидуальный подход
- обязательное назначение пульсурежающих препаратов

Препаратом выбора для контроля частоты сердечных сокращений у пожилых пациентов является

- амиодарон
- пропafenон
- препарат из группы антагонистов кальция
- препарат из группы кардиоселективных бета-адреноблокаторов

Препаратом выбора для лечения ожирения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является

- сибутрамин
- орлистрат
- инсулин
- лираглутид

Проведение хирургического лечения ожирения у пожилых пациентов

- сибутрамин
- орлистрат
- инсулин
- лираглутид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 77 лет находится в гериатрическом отделении стационара.

Жалобы

На ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиения, возникающие при психоэмоциональной и физической нагрузке по несколько раз в день, сопровождающиеся давящими болями в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Около 6 месяцев назад впервые отметила появление перебоев в работе сердца и сердцебиения, которые беспокоили до 3-х раза в неделю. В последнее время приступы значительно участились, а в вечернее время в состоянии покоя отметила значительное урежение пульса до 40 ударов в минуту, сопровождающееся головокружениями и слабостью, в связи с чем, обратилась к врачу.

Анамнез жизни

* артериальная гипертония;

- * стабильная стенокардия 2 ф.к. в течение 10 лет;
- * сахарный диабет 2 типа;
- * хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей;
- * инфаркт миокарда, инсульт отрицает;
- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * у матери, сестры и брата – синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная блокада, имплантированы постоянные кардиостимуляторы.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 87 кг.
- * Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней.
- * Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин.
- * Тоны сердца ритмичные, ЧСС 106 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст.
- * Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым инструментальным методам исследования для установления диагноза в данной клинической ситуации относятся

- сибутрамин
- орлистрат
- инсулин
- лираглутид

Результаты инструментальных методов обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Суточное мониторирование ЭКГ

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта уплотнена, диаметр 2,8 см ($N \leq 3,3$).

Левое предсердие: Размер левого предсердия 4,1 см ($\leq 3,8$), объем 76 мл (≤ 52).

Левый желудочек: Толщина межжелудочковой перегородки 1,35 см ($N < 1,0$), толщина задней стенки 1,1 см ($N < 1,0$), конечный диастолический размер 3,5 см ($N < 5,3$), масса миокарда левого желудочка 237 г ($N = 95 - 141$), индекс массы миокарда левого желудочка 128 г/м^2 ($N = 71 - 89$), фракция выброса 60% ($N \geq 54$). Конечный диастолический размер ЛЖ (КДР) 4,3 см ($N = 4,6 - 5,7$ см), конечный диастолический объем ЛЖ (КДО) 124 мл ($N = 59 - 136$ мл), конечный систолический объем ЛЖ (КСО) 60 мл ($N = 59 - 136$ мл).

Правое предсердие (ПП) не увеличено, 3,3 см ($N < 4,0$), объем 56 мл ($N < 50$).

Правый желудочек: Конечный диастолический размер правого желудочка 2,7 см

(N= 0,95 - 2,05 см), свободная стенка правого желудочка 4 мм (N≤0,4).
Аортальный клапан: уплотнены, кальцинированы, кальциноз фиброзного кольца, амплитуда раскрытия не уменьшена, скорость кровотока: Vmax 2 м/с (N<1,7), средний градиент давления 5,5 мм рт.ст., площадь аортального клапана AVA1,2 см², регургитация 0 - 1 ст. Обструкции выносящего тракта левого желудочка нет. Нарушений локальной сократимости не выявлено.
Митральный клапан: створки не изменены, кровотоков 0,87 м/с (N<1,3), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени).
Трикуспидальный клапан: трикуспидальный клапан не изменен, кровотоков 0,6 м/сек (N<0,7), регургитация 0 - 1 степени (N – не выше 1 степени).
Клапан легочной артерии: створки не уплотнены, диаметр легочной артерии 2,0 см (N<2,1), диастолическое давление в легочной артерии ДДЛА 26 мм рт. ст. (N<30). Кровотоков на клапане легочной артерии 0,9 м/сек (N<0,9), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Нижняя полая вена на выдохе 2,0 см (N≤2,2), на вдохе 0,7 см спадение на вдохе более 50% (N – спадение в вдохе >50%).
Полость перикарда не изменена.

Рентгенография легких

Суточное мониторирование АД

=====		
Показатель	*Результат*	*Норма*
Средний уровень САД днем, мм рт. ст.	155	<140
Средний уровень САД ночью, мм рт. ст.	119	<120
Ночное снижение САД, %	16	10–22
Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст.	74	<80
Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст.	71	<70
Ночное снижение ДАД, %	15	10–22
=====		

Нагрузочная проба под контролем ЭКГ

Нагрузочная проба не проводилась (не показана) в связи с наличием полной блокады левой ножки п. Гиса и невозможностью оценки смещения сегмента ST
Для выяснения причины аритмии и перед назначением оральных антикоагулянтов у пациентки необходимо провести исследование содержания в крови

- сибутрамин
- орлистрат
- инсулин
- лираглутид

Результаты обследования

Содержание в крови тиреоидных гормонов

Тиреотропный гормон 0,3 мЕд/л (N: 0,25–3,5)

Тироксин свободный 17 пмоль/л (N: 10–27)

Содержание в крови трансаминаз (АЛТ, АСТ)

АСТ 0,65 мккат/л (N<1,5) +

АЛТ 0,52 мккат/л (N<1,5)

Содержание в крови креатинина

Креатинин 71,3 мкмоль/л (N<118)

Содержание в крови калия

Калий 4,1 ммоль/л (N: 3,5–5,0)

Содержание в крови общего холестерина и его фракций

Общий холестерин 4,5 ммоль/л (N<5,0) +

ЛПВП 1,2 ммоль/л (N>1,0) +

ЛПНП 2,5 ммоль/л (N<3,0) +

Триглицериды 1,7 ммоль/л (N<1,7)

Выявленное при обследовании пациентки нарушение ритма является

- фибрилляцией предсердий
- наджелудочковой тахикардией
- фибрилляцией желудочков
- трепетанием предсердий

Согласно классификации, выявленное в данном клиническом случае трепетание предсердий следует рассматривать как

- пароксизмальное
- постоянное
- персистирующее
- впервые выявленное

Изменение формы желудочкового комплекса свидетельствует о

- полной блокаде правой ножки п. Гиса и передней ветви левой ножки п. Гиса
- полной блокаде левой ножки п. Гиса с преимущественным поражением задней её ветви
- полной блокаде левой ножки п. Гиса с преимущественным поражением передней её ветви
- полной блокаде правой ножки п. Гиса и задней ветви левой ножки п. Гиса

В данном клиническом случае трепетание предсердий следует считать

- следствием гипокалиемии
- идиопатическим
- осложнением тиреотоксикоза
- осложнением заболевания сердца

Основным заболеванием в данном клиническом случае является

- следствием гипокалиемии
- идиопатическим
- осложнением тиреотоксикоза
- осложнением заболевания сердца

Диагноз

Стенокардия напряжения стабильная

Гипертрофическая кардиомиопатия

Аортальный порок сердца

Митральный порок сердца

Риск развития тромбоэмболических осложнений у пациентки, согласно шкале CHA₂DS₂-VASc равен

- 3
- 0
- 6
- 2

Для прекращения приступов ТП, протекающих без нарушений гемодинамики, рекомендуется использовать

- амиодарон
- бета-адреноблокаторы
- прокаинамид
- экстренную наружную электрическую кардиоверсию (дефибриляцию)

Проведение постоянной медикаментозной профилактики тромбоэмболических осложнений у данной пациентки является

- возможным, но не желательным
- не желательным
- обязательным
- возможным, но не обязательным

При определении тактики лечения пациентки следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения

- септальной алкогольной аблации
- катетерной аблации кава-трикуспидального перешейка
- катетерной аблации устьев легочных вен
- септальной миэктомии

Имплантация кардиостимулятора данной пациентке является

- септальной алкогольной аблации
- катетерной аблации кава-трикуспидального перешейка
- катетерной аблации устьев легочных вен
- септальной миэктомии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет находится в гериатрическом отделении стационара.

Жалобы

На ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиение, возникающие без видимой причины по несколько раз в день, тревожность, чувство жара.

Анамнез заболевания

Впервые перебои в работе сердца и приступы сердцебиения появились 5 лет назад, возникали редко - 1 раз в месяц, купировались самостоятельно. В последнее время приступы значительно участились (короткие эпизоды несколько раз в сутки), стали сопровождаться чувством тревоги, что стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * артериальная гипертония;
- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 69 кг.
- * Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.
- * Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин.
- * Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/85 мм рт. ст.
- * Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым инструментальным методам исследования для установления диагноза в данной клинической ситуации относятся

- септальной алкогольной аблации
- катетерной аблации кава-трикуспидального перешейка
- катетерной аблации устьев легочных вен
- септальной миэктомии

Результаты инструментальных методов обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Суточное мониторирование ЭКГ

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта уплотнена, диаметр 3,0 см ($N \leq 3,3$). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 2,0 см ($N > 1,5$), кровоток 1,3 м/с ($N < 1,7$), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 1,3 см ($N < 1,0$), толщина задней стенки 1,2 см ($N < 1,0$), конечный диастолический размер 3,5 см ($N < 5,3$), индекс массы миокарда левого желудочка 133 г/м^2 ($N \leq 95$), фракция выброса 62% ($N \geq 54$). Обструкции выносящего тракта левого желудочка нет. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан: створки не изменены, кровоток 0,87 м/с ($N < 1,3$), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 4,0 см ($\leq 3,8$), объем 55 мл (≤ 52). Диаметр легочной артерии 2,0 см ($N < 2,1$), систолическое давление в легочной артерии 26 мм рт. ст. ($N < 30$). Кровоток на клапане легочной артерии 0,9 м/сек ($N < 0,9$), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Правый желудочек 2,3 см ($N \leq 3,0$). Трикуспидальный клапан не изменен, кровоток 0,6 м/сек ($N < 0,7$), регургитация 1 степени (N – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,3 см ($N < 4,0$), объем 37 мл ($N < 50$). Нижняя полая вена на выдохе 1,8 см ($N \leq 2,2$), на вдохе 0,7 см (N – спадение в вдохе $> 50\%$). Полость перикарда не изменена.

Рентгенография легких

Суточное мониторирование АД

=====		
Показатель	*Результат*	*Норма*
Средний уровень САД днем, мм рт. ст.	132	<140
Средний уровень САД ночью, мм рт. ст.	111	<120
Ночное снижение САД, %	16	10–22
Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст.	74	<80
Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст.	63	<70
Ночное снижение ДАД, %	15	10–22
=====		

Нагрузочная проба под контролем ЭКГ

Исходно: ЧСС 81 в 1 мин, АД 130/85 мм рт. ст.

Нагрузка 50 Вт 3 минуты: ЧСС 132 в 1 мин, АД 160/90 мм рт. ст.

Нагрузка 100 Вт 1 минута: ЧСС 160 в 1 мин, АД 180/90 мм рт. ст.

Проба прекращена из-за достижения субмаксимальной ЧСС. Болей и девиации сегмента ST нет. Толерантность к нагрузке низкая.

Заключение: проба отрицательная.

Индекс массы миокарда левого желудочка у данной пациентки составляет 133 г/м², что свидетельствует о/об

- отсутствии гипертрофии миокарда левого желудочка
- выраженной гипертрофии миокарда левого желудочка
- умеренной гипертрофии миокарда левого желудочка
- легкой гипертрофии миокарда левого желудочка

Для выяснения причины аритмии у пациентки необходимо провести исследование содержания в крови

- отсутствии гипертрофии миокарда левого желудочка
- выраженной гипертрофии миокарда левого желудочка
- умеренной гипертрофии миокарда левого желудочка
- легкой гипертрофии миокарда левого желудочка

Результаты обследования

Тиреоидные гормоны

Трийодтиронин свободный (Т3 св) 3,8 пмоль/д (N: 2,6–5,7)

Тироксин свободный (Т4 св) 10,74 пмоль/л (N: 9,00–19,05)

Тиреотропный гормон (ТТГ) 1,85 мЕд/л (N: 0,4–4,0)

Антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) < 3,0 МЕ/мл (N< 5,6)

Антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ) < 3,0 МЕ/мл (N< 18)

Антитела к рецепторам тиреотропного гормона 1,30 МЕ/л (N< 1.0 отрицательно; ≥ 1,0 -положительно)

Калий

Калий 4,1 ммоль/л (N: 3,5–5,0)

Трансаминазы (АЛТ, АСТ)

АСТ 0,65 мккат/л (N<1,5)

АЛТ 0,52 мккат/л (N<1,5)

Общий холестерин и его фракции

Общий холестерин 4,5 ммоль/л (N<5,0)

ЛПВП 1,2 ммоль/л (N>1,0)

ЛПНП 2,5 ммоль/л (N<3,0)

Триглицериды 1,7 ммоль/л (N<1,7)

Креатинин

Креатинин 87 мкмоль/л (N<118)

Выявленное у пациентки нарушение ритма является

- отсутствии гипертрофии миокарда левого желудочка
- выраженной гипертрофии миокарда левого желудочка
- умеренной гипертрофии миокарда левого желудочка
- легкой гипертрофии миокарда левого желудочка

Диагноз

Трепетание предсердий

Желудочковая тахикардия

Наджелудочковая тахикардия

Фибрилляция желудочков

Трепетание предсердий в данном случае следует рассматривать как

- постоянное
- персистирующее
- впервые выявленное
- пароксизмальное

В данном клиническом случае трепетание предсердий следует рассматривать как

- осложнение гипертонической болезни
- синдром «праздничного сердца»
- проявление тиреотоксического сердца
- следствие гипокалиемии

Риск развития тромбоэмболических осложнений у пациентки, согласно шкале CHA₂-DS₂-VASc равен

- 2
- 0
- 1
- 3

Пациентке без тяжелого органического поражения сердца и сохраненной ФВ для профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий рекомендуется назначение

- амиодарона
- прокаинамида
- сердечных гликозидов
- соталола

При неэффективности Соталола для профилактики пароксизмов трепетания предсердий пациентке рекомендуется назначение

- прокаинамида
- амиодарона
- бета-адреноблокаторов

- сердечных гликозидов

Длительный прием амиодарона может привести к

- дисфункции щитовидной железы
- полицитемии
- снижению скорости клубочковой фильтрации
- развитию артериальной гипертензии

Проведение постоянной медикаментозной профилактики тромбоэмболических осложнений у данной пациентки является

- возможным, но не желательным
- не желательным
- обязательным
- возможным, но не обязательным

При определении тактики лечения пациентки следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения

- возможным, но не желательным
- не желательным
- обязательным
- возможным, но не обязательным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет поступил в отделение паллиативной помощи.

Жалобы

На выраженную слабость, утомляемость, снижение работоспособности, головокружение, тупую ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после физической нагрузки и приема пищи; плохой аппетит; желтушность кожи; отеки нижних конечностей; увеличение и вздутие живота; периодически возникающие носовые кровотечения.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда на фоне полного благополучия, после длительной алкогольной интоксикации появились онемение и слабость в правой стопе. В дальнейшем слабость нарасла, появилось нарушение походки, чувство жжения в правой стопе. Был госпитализирован: поставлен диагноз «Фибулярный тоннельный синдром справа. Токсический гепатит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эзофагит. Эррозивный гастрит». Три месяца назад на фоне продолжающихся эпизодов злоупотребления алкоголем отметил появление желтушности склер, к врачам не обращался. Два месяца назад - эпизод носового кровотечения. Месяц назад была рвота в виде «кофейной гущи», головокружение, увеличение

живота в объеме, был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии, где констатировали состоявшееся кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, остановленное консервативно. После стабилизации состояния больной переведен в отделение паллиативной помощи.

Анамнез жизни

- * рос и развивался нормально;
- * перенесенные заболевания и операции: операция на носовой перегородке, перелом правой лучевой кости;
- * условия жизни удовлетворительные;
- * диету не соблюдает, питается не регулярно;
- * вредные привычки: не курит, принимает алкоголь регулярно в дозе 300-500 мл вина, употребление наркотиков и токсических средств отрицает;
- * профессиональные вредности отсутствуют;
- * аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела — 37,5°C. Сознание ясное, адекватен, ориентирован в пространстве, астенизирован, память и интеллект сохранены. Сонливость днем. Очаговых неврологических симптомов нет. Органы чувств без особенностей. Отмечается незначительный тремор пальцев рук. Тип телосложения – астенический. Кожные покровы желтоватой окраски, влажные, тургор сохранен, «сосудистые звездочки» в воротниковой зоне, расширение капиллярной сети на лице, сосуды склер расширены и цианотичны, пальмарная эритема, геникомастия. Отеки нижних конечностей мягкие, кожа над ними теплая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Ритм сердца - правильный, тоны приглушены. ЧСС – 89 в 1 минуту. АД – 129/82 мм рт.ст. Язык влажный, малинового цвета. Живот вздут, округлой формы, симметричный, увеличен в объеме за счет свободной жидкости в брюшной полости, болезненность при пальпации околопупочной области и по ходу поперечной ободочной кишки, участвует в акте дыхания, перистальтика ослаблена. Подкожные вены на передней брюшной стенке расширены. Размеры печеночной тупости по Курлову: 19x15x13 см. Пальпация печени: нижний край печени заострен, поверхность бугристая, консистенция плотная, болезненная. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 - 2 раза в сутки, не оформленный, "жирный".

Выберите инструментальные методы обследования, необходимые для постановки диагноза в данном случае

- возможным, но не желательным
- не желательным
- обязательным
- возможным, но не обязательным

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование печени

Магнитно-резонансная томография (МРТ)

Компьютерная томография (КТ)

Рентгенография грудной клетки

Рентгенография органов брюшной полости

Выберите лабораторные методы обследования для определения тяжести нарушения функции печени

- возможным, но не желательным
- не желательным
- обязательным
- возможным, но не обязательным

Результаты лабораторных методов обследования

Концентрация сывороточного альбумина

25 г/л

Протромбиновое время

25 сек

Количество тромбоцитов

$100 \cdot 10^9 / \text{л}$

Уровень билирубина

44 мкмоль/л

АЛТ

75 ЕД

АСТ

126

Учитывая клиническую картину, у больного имеется

- возможным, но не желательным
- не желательным
- обязательным
- возможным, но не обязательным

Диагноз

Цирроз печени

Алкогольный гепатит

Язвенная болезнь желудка

Острый панкреатит

Степень тяжести заболевания по классификации Child-Pugh соответствует классу

- А
- В
- С
- D

Для исключения "Минимальной печеночной энцефалопатии" необходимо проверить у больного способность

- полностью себя обслуживать
- общаться с окружающими людьми
- быстро мыслить и реагировать
- выполнять свои профессиональные обязанности

Орнитин-аспартат в терапии печеночной энцефалопатии применяется для

- устранения триггерных и отягощающих факторов
- санации кишечника
- подавления аммониепродуцирующей кишечной микрофлоры
- усиления метаболизма аммиака

Согласно классификации, предложенной Международным клубом по изучению асцита (International Ascetic Club), у пациента диагностируется асцит

- 4 степени
- 1 степени
- 3 степени
- 2 степени

С учетом степени асцита пациенту показано

- назначение диеты с ограничением соли и/или не требуется специальное лечение

- назначение диеты с ограничением соли, спиронолактона в дозе 50-100 мг с последующем увеличением на 100 мг каждые 7 дней, вплоть до максимальной дозы 400 мг
- назначение диеты с ограничением соли, фуросемида в дозе 40 мг с последующем увеличением на 40 мг каждые 7 дней, вплоть до максимальной дозы 160 мг
- проведение парацентеза с назначением альбумина - 8 г на каждый удаленный литр асцитической жидкости

Полученная при помощи парацентеза асцитическая жидкость по своим биохимическим показателям (белок - 2,2 г/дл; количество клеток - 478/мм³; холестерин - 40 мг/дл; фибронектин - 7,2 мг/дл; ЛДГ 212 ед/л) характерна для

- злокачественного асцита
- портального асцита
- панкреатогенного асцита
- инфицированного асцита

Одним из диагностических критериев резистентного асцита является отсутствие ответа на лечение, а именно снижение массы тела менее

- 0,4 кг каждые 7 дней
- 0,8 кг каждые 4 дня
- 0,8 кг каждые 7 дней
- 0,4 кг каждые 4 дня

При лечении острых варикозных кровотечений эндоскопическое исследование/лечение должно быть выполнено в течение

- 3 часов от момента госпитализации в стационар
- 6 часов от момента госпитализации в стационар
- 12 часов от начала кровотечения
- 3 часов от начала кровотечения

Для лечения острого варикозного кровотечения подходящей комбинацией вазоконстриктора, антибиотика и метода хирургического лечения является

- 3 часов от момента госпитализации в стационар
- 6 часов от момента госпитализации в стационар
- 12 часов от начала кровотечения
- 3 часов от начала кровотечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,8С, озноб, сильную головную боль, ломоту в теле, общую слабость, заложенность носа, сухой кашель.

Анамнез заболевания

Вызов врача на дом. Заболела остро, вчера вечером, когда появилось першение в горле и сухой кашель. Затем повысилась температура тела до 39,0°С, сопровождавшаяся ознобом; на следующее утро - головная боль, ломота, заложенность носа. После приема таблетки "Фервекс" температура тела несколько снизилась. Был контакт с внучкой, которая жаловалась на недомогание и головную боль.

Анамнез жизни

- * пенсионерка, работает бухгалтером;
- * проживает с дочерью в отдельной квартире;
- * перенесенные заболевания и операции: ИБС: стенокардия напряжения I ФК; хронический гастрит; варикозная болезнь вен нижних конечностей;
- * диету соблюдает, питается регулярно;
- * вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет;
- * туберкулез отрицает;
- *аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Температура тела — 38,5°С. Сознание ясное, положение активное. Менингеальных симптомов нет. Повышенного питания. Кожные покровы гиперемированы, горячие на ощупь. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание через несколько затруднено. Слизистая задней стенки глотки, зева и мягкого нёба умеренно гиперемирована. В легких дыхание везикулярное ослабленное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Ритм сердца - правильный, тоны приглушены. ЧСС – 92 в 1 минуту. АД – 110/67 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета, без запаха, прозрачная, примесей крови нет. Умеренное расширение подкожных вен голени, больше справа. Отеков нет.

Какие синдромы поражения дыхательных путей имеются у пациентки

- острый бронхит
- острый синусит
- острый назофарингит
- острый трахеит

На основании жалоб, данных осмотра, эпиданамнеза можно предположить наличие у больной

- парагриппа
- бактериального бронхита

- гриппа
- аденовирусной инфекции

Необходимыми лабораторными методами для экспресс-диагностики данного заболевания в амбулаторных/домашних условиях являются

- иммуноферментный анализ крови (ИФА)
- бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки
- полимеразно-цепная реакция (ПЦР)
- иммунохроматографический анализ на грипп А/В

Какова степень тяжести заболевания по клиническим признакам

- легкая
- средняя, неосложненное течение
- средняя, осложненное течение
- тяжелая

На основании жалоб, анамнеза, результатов физикального и лабораторного обследования пациентке может быть установлен диагноз

- легкая
- средняя, неосложненное течение
- средняя, осложненное течение
- тяжелая

Диагноз

Грипп

Бактериальный бронхит

Риновирусная инфекция

Парагрипп

Критерием отнесения пациентки к группе высокого риска тяжелого течения гриппа является

- наличие в анамнезе ИБС без признаков ХСН
- возраст старше 65 лет
- фебрильная лихорадка
- отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов

В связи с принадлежностью пациентки к группе высокого риска тяжелого течения гриппа ей показано лечение в условиях

- отделения интенсивной терапии
- дневного стационара
- стационара на дому (с рекомендацией постельного режима в лихорадочный период)
- стационара

Противокашлевые средства рекомендуются пациентам с

- продуктивным кашлем со слизистой мокротой
- сухим непродуктивным надсадным кашлем
- бронхообструктивным синдром
- продуктивным кашлем со слизисто-гнойной мокротой

Лечение гриппа следует начинать с назначения

- арбидола
- азоксимера бромида (полиоксидония)
- ремантадина
- занамивира

При легких и неосложненных средне-тяжелых формах гриппа

Осельтамивир назначают внутрь в дозе + _____ + мг + _____ + раз(а) в сутки

- 75; 3
- 75; 1
- 150; 2
- 75; 2

Неспецифическая профилактика в семье пациентки должна заключаться в

- применении системных иммуномодуляторов
- мерах неспецифической профилактики
- приеме биологически активных веществ
- аутотренинге

Специфическая профилактика (вакцинация) проводится

- применении системных иммуномодуляторов
- мерах неспецифической профилактики
- приеме биологически активных веществ
- аутотренинге

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 года.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,8°C, общую слабость, заложенность носа, сухой, лающий кашель, боль в горле и осиплость голоса.

Анамнез заболевания

Вызов врача на дом. Считает себя больным в течение 3-х дней, когда почувствовал недомогание, боли в горле; на следующий день повысилась температура до 37,4°C и появился сухой кашель. Лечился чаем с медом. В дальнейшем нарастала слабость, усилился кашель и появилась осиплость голоса. Четыре дня назад был контакт с кашляющим родственником.

Анамнез жизни

- * пенсионер, не работает;
- * проживает с женой в отдельной квартире;
- * перенесенные заболевания и операции: хронический пиелонефрит, незрелая катаракта OS;
- * диету не соблюдает, питается регулярно;
- * вредные привычки: не курит, употребляет алкоголь 1 - 3 в месяц (300-500 мл пива);
- * туберкулез отрицает;
- * аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Температура тела — 37,7°C. Сознание ясное, положение активное. Тип телосложения – астенический. Кожные покровы бледно-розовой окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание через затруднено. Слизистая задней стенки глотки атрофична, умеренно выраженная диффузная гиперемия зева и мягкого нёба. В легких дыхание жесткое в межлопаточной области, в остальных - везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Ритм сердца - правильный, тоны приглушены. ЧСС – 86 в 1 минуту. АД – 130/82 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания справа (+). Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета, без запаха, полупрозрачная, примесей крови в моче нет. Отеков нет.

Необходимыми методами неспецифической диагностики в данном случае являются

- применении системных иммуномодуляторов
- мерах неспецифической профилактики
- приеме биологически активных веществ
- аутотренинге

Результаты обследования

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Пульсоксиметрия

98%

Серологическая диагностика респираторных инфекций

|===

||Ig M |Ig G

|Респираторно-синцитиальный вирус |не обнаружено |не обнаружено

|Вирус гриппа тип А |не обнаружено |обнаружено

|Вирус гриппа тип В |не обнаружено |не обнаружено

|Риновирус |не обнаружено |не обнаружено

|Аденовирусы гр. В |не обнаружено |обнаружено

|Аденовирусы гр. С |не обнаружено |не обнаружено

|Аденовирусы гр. Е |не обнаружено |не обнаружено

|===

Рентгенография придаточных пазух

Придаточные пазухи развиты правильно, симметричны. Пневматизация их не снижена. Искривление носовой перегородки

Эхокардиография

Аорта уплотнена, не расширена. Камеры сердца не расширены. Толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 0,9 см. ФВ 60%. Локальных нарушений сократимости не выявлено. СДЛА 18 мм рт.ст.

Короткий продромальный период, начало заболевания с синдрома умеренной интоксикации, повышения температуры и катаральных явлений в виде назофарингита, ларингита (с учетом эпиданамнеза) позволяют предположить наличие

- аденовирусной инфекции
- гриппа
- парагриппа
- бактериального бронхита

Специфическими лабораторными методами дифференциальной диагностики заболевания в амбулаторных условиях являются

- аденовирусной инфекции
- гриппа
- парагриппа
- бактериального бронхита

Результаты обследования

Экспресс-тест на COVID-19

Отрицательный

ОРВИ-скрин

|===

|Респираторно-синцитиальный вирус (hRSv), РНК |не обнаружено

|Вирус парагриппа 1 (hPiv-1), РНК |не обнаружено

|Вирус парагриппа 2 (hPiv-2), РНК |не обнаружено
|Вирус парагриппа 3 (hPiv-3), РНК |обнаружено
|Вирус парагриппа 4 (hPiv-4), РНК |не обнаружено
|Коронавирусы (hCov NL-63, 229E), РНК |не обнаружено
|Коронавирусы (hCov HKU-1, OC 43), РНК |не обнаружено
|Риновирус (hRv), РНК |не обнаружено
|Аденовирусы гр. В, С, Е (hAdv), ДНК |не обнаружено
|Бокавирус (hBov), ДНК |не обнаружено

|===

Суммарный Ig E

Ig E сумм. – 32 МЕ/мл (Норма 0-100 МЕ/мл)

Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки

|===

|*Представители нормальной микрофлоры* |
|Streptococcus gr. viridans |Умеренный рост
|Corynebacterium spp (кроме C. diphtheria) |Умеренный рост
|Neisseria spp (кроме N. meningitides), |Роста нет
|Staphylococcus epidermidis |Умеренный рост
|*Представители условно - патогенной микрофлоры* |
| Candida albicans |Роста нет
|Str pneumoniae |Роста нет
|Str. pyogenes |Роста нет
|Staph. aureus |Роста нет
|H.influenzae |Роста нет
|Ps.aeruginosa |Роста нет
|Klebsiella spp. |Роста нет
|Citrobacter |Роста нет
|C. diphtheriae |Роста нет
|N. meningitides |Роста нет
|Acinetobacter |Роста нет
|Proteus spp. |Роста нет

|===

Титр циркулирующих иммунных комплексов

100 У.Е. (норма 0-120 У.Е.)

Прокальцитониновый тест

|===

|Результат |Референсные значения |Комментарий
|0,001 нг/мл |0 - 0,046 нг/мл |Уровень прокальцитонина: < 0,5 нг/мл - низкая
вероятность серьезного сепсиса и/или септического шока;
> 2,0 нг/мл - высокая вероятность серьезного сепсиса и/или септического шока

|===

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторного исследования больному может быть установлен диагноз

- аденовирусной инфекции
- гриппа

- парагриппа
- бактериального бронхита

Диагноз

ОРВИ: парагрипп

Бактериальный бронхит

Внебольничная пневмония

Грипп

Характер течения ОРВИ у больного можно определить как

- стертый
- затяжной
- неосложненный
- осложненный

Наиболее вероятным осложнением ОРВИ у больного является

- пансинусит
- миокардит
- обострение пиелонефрита
- инфекционно-токсический шок

Показанием для госпитализации пациентов с ОРВИ будет наличие у больного

- хронического бронхита
- ИБС без признаков сердечной недостаточности
- осложнений
- неалкогольной жировой болезни печени

Полное клиническое выздоровление при ОРВИ обычно наступает в течение

- 3-4 недель
- 1-2 недель
- 21-23 дней
- 3-5 суток

Целесообразно назначить следующую терапию

- Ремантадин (Римантадин) 100 мг по схеме + парацетомол 500 мг
- Ацикловир 200 мг 4 раза/сутки + Ацетилцистеин 200 мг 2 раза/сутки

- Умифеновир 200 мг - 800 мг/сут в сутки в 4 приёма 5 дней и бутамират внутрь по 15 мл 4 раза в сутки (сироп)
- Осельтамивир 75 мг 2 раза в сутки +Парацетомол 500 мг 2 раза в сутки

В качестве метода постконтактной профилактики членам семьи пациента рекомендуется

- прием комплекса микроэлементов
- аутотренинг
- прием умифеновира
- экстренная вакцинация от гриппа

Специфическим осложнением ОРВИ является

- геморрагический синдром
- анафилактический шок
- плеврит
- менингизм

Характерным для ОРВИ осложнением, вызванным активизацией вторичной бактериальной микрофлоры, является

- геморрагический синдром
- анафилактический шок
- плеврит
- менингизм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Р. 76 лет поступил в ревматологическое отделение.

Жалобы

на припухлость и резкую боль в первом пальце правой стопы, припухлость левого локтевого сустава.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 2 дня назад после эмоционального стресса.

* Отмечалось повышение температуры тела до 37,8°C

Анамнез жизни

* В течение последних 3 лет эпизодически наблюдаются подъёмы артериального давления до 160/100 мм рт. ст., постоянной гипотензивной терапии не получал. Острые сердечно-сосудистые состояния, сахарный диабет в анамнезе отрицает. При УЗИ почек несколько лет назад были выявлены конкременты, однако в связи с отсутствием жалоб значения этому не придавал, к урологу не обращался, лечения не получал

* Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное

* Конституция гиперстеническая, повышенного питания. Рост 171 см. Вес 96 кг. ИМТ 33,6 кг/м². Окружность талии 104 см.

* В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту.

* Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в минуту. АД 150/105 мм рт. ст.

* Живот увеличен в объёме за счёт избыточного развития подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Правая доля печени на 1,5 см выступает из-под реберной дуги; край печени мягкий, безболезненный.

* Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

* Физиологические отправления в норме.

* Периферических отеков нет.

Осмотр костно-суставного аппарата: выраженная деформация первого плюснефалангового сустава правой стопы за счёт экссудативных явлений, резкая болезненность при пальпации данного сустава, гиперемия кожи над ним и повышение местной температуры, объём движений в первом плюснефаланговом суставе справа резко ограничен. Дефигурация и ограничение подвижности левого локтевого сустава за счёт экссудативных явлений, умеренная гиперемия, пальпаторная болезненность. Другие суставы при осмотре не изменены, пальпация их безболезненна, движения в других суставах сохранены, в полном объёме. Подкожные и внутрикожные узелки не выявляются.

Основным лабораторным исследованием, необходимым для установления основного диагноза, в данной клинической ситуации является

- геморрагический синдром
- анафилактический шок
- плеврит
- менингизм

Результаты лабораторного метода обследования

Биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты

Глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 6,8 ммоль/л, триглицериды – 3,1 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, мочевины 7,2 ммоль/л, мочевая кислота 540 мкмоль/л (N<360), общий белок 68 г/л, АЛТ 84 ЕД/л, АСТ 67 ЕД/л.

Определение уровня ревматоидного фактора

РФ 12 МЕ/мл (N 0 -30).

Общий анализ крови

Гемоглобин 142 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $10,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 66%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, эозинофилы 3%, тромбоциты 280×10^9 /л, СОЭ 32мм/час.

Общий анализ мочи

Удельная плотность 1018, белок не обнаружен, лейкоциты 2–3 в поле зрения,

эритроциты 0–1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0–1 в поле зрения, умеренное количество уратов

Дополнительным методом обследования, необходимым для установления диагноза основного заболевания, является

- геморрагический синдром
- анафилактический шок
- плеврит
- менингизм

Результаты обследования

Пункция сустава и поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

Выявление в синовиальной жидкости игольчатых кристаллов с эффектом отрицательного двойного лучепреломления. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм³ (преимущественно нейтрофилы). При окраске по Граму микроорганизмов в пунктате не выявлено.

Рентгенологическое исследование пораженных суставов

Данных за костно-травматические изменения не получено.

УЗИ органов брюшной полости и почек

Печень увеличена (168 мм), эхогенность ткани печени обычная. Желчный пузырь не увеличен, толщина стенок 2 мм, в просвете «замазка». Общий желчный проток 5 мм. Поджелудочная железа визуализируется в области головки и тела, не утолщена, контуры ровные, эхогенность незначительно диффузно повышена. Селезенка не увеличена, структура однородная. Почки расположены типично, обычных размеров (правая почка 102×55 мм, левая почка 102×50 мм). Слой паренхимы в правой почке 11 мм, в левой почке 12 мм. В чашечно-лоханочной системе обеих почек мелкие конкременты до 4 мм.

Ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей

Левая конечность: Основные стволы глубоких и подкожных вен не расширены, проходимы.

Правая конечность: Основные стволы глубоких и подкожных вен не расширены, проходимы. Признаков флеботромбоза не выявлено.

Выявленное основное заболевание является

- геморрагический синдром
- анафилактический шок
- плеврит
- менингизм

Диагноз

Подагра

Септический полиартрит

Острая ревматическая лихорадка

Ревматоидный артрит

Форму подагры в данном случае рассматривают как

- хронический подагрический артрит в фазе обострения
- хроническую тофусную подагру
- бессимптомную гиперурикемию
- острый подагрический артрит

Подагру в данном случае можно считать

- не уточненной
- лекарственной
- идиопатической
- обусловленной нарушением почечной функции

Предполагаемым триггерным фактором развития острого артрита в данном случае является

- прием алкоголя
- физическая нагрузка
- эмоциональный стресс
- прием диуретиков

Коморбидными состояниями, увеличивающими риск развития подагры, являются

- хроническая обструктивная болезнь легких и хронический обструктивный бронхит
- артериальная гипертензия и ожирение
- h.pylori-ассоциированные заболевания желудка и 12-перстной кишки
- приобретенные пороки сердца ревматической этиологии

Осложнением подагры у данного пациента является

- ожирение I степени
- мочекаменная болезнь
- хроническая почечная недостаточность
- стеатоз печени

Для купирования острой подагрической атаки в качестве первой линии терапии наряду с НПВС рекомендуется назначение

- колхицина
- азатиоприна
- аллопуринола

- метотрексата

Частым побочным эффектом длительного приема НПВС является

- полицитемия
- ульцерогенез
- брадикардия
- сухой кашель

Постоянная медикаментозная терапия гиперурикемии у данного пациента

- не желательна
- обязательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- противопоказана

В качестве уратснижающей терапии первой линии пациенту следует рекомендовать прием

- не желательна
- обязательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- противопоказана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 65 лет поступила в терапевтическое отделение в плановом порядке.

Жалобы

на периодически возникающее головокружение, повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст., боль и припухлость мелких суставов кистей, голеностопных суставов.

Анамнез заболевания

* Считает себя больной в течение последних 20 лет, когда стала отмечать повышение артериального давления до 190/110 мм рт. ст., сопровождающиеся головной болью, головокружением и тошнотой.

* Последние 15 лет принимает нефиксированную гипотензивную комбинированную терапию, в том числе мочегонные средства (гипотиазид, эпизодически - фуросемид).

* В последние 4-5 лет беспокоит боль в мелких суставах кистей, коленных и голеностопных суставах: эпизодически наблюдается кратковременная припухлость суставов и покраснение кожи над ними. Самостоятельно принимала НПВП (в основном, ортофен), не обследовалась.

Анамнез жизни

* Острые сердечно-сосудистые состояния (инфаркт миокарда, ОНМК), сахарный диабет, заболевания почек в анамнезе отрицает.

* Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост 164 см. Вес 82 кг. ИМТ 32 кг/м². Окружность талии 92 см.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту.

* Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в мин. АД 185/110 мм рт. ст.

* Живот несколько увеличен в объеме (за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки), при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги.

* Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено до 10-15 раз в сутки, никтурия 3-4 раза за ночь.

* Пастозность нижней трети голени и стоп.

* Осмотр костно-суставного аппарата: деформация 2-го, 3-го и 4-го проксимальных межфаланговых суставов левой кисти за счет экссудативных и пролиферативных явлений, болезненность при пальпации данных суставов, гиперемия кожи над ними и повышение местной температуры. Другие суставы при осмотре не изменены, пальпация их безболезненна, движения в суставах сохранены, в полном объеме.

* Подкожный узелок диаметром около 0,5 см на разгибательной поверхности левого локтевого сустава.

Основным лабораторным методом обследования, необходимым для установления диагноза основного заболевания, является

- не желательна
- обязательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- противопоказана

Результаты лабораторного метода обследования

Биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты

Биохимический анализ крови:

* глюкоза 5,2 ммоль/л,

* холестерин 6,5 ммоль/л,

* креатинин 214 мкмоль/л,

* мочевины 25 ммоль/л,

* мочевая кислота 490 мкмоль/л,

* общий белок 60 г/л,

* АЛТ 32 Ед/л,

* АСТ 37 Ед/л.

Определение уровня С-реактивного белка

8 мг/л (N 0-5).

Общий анализ крови

- * Гемоглобин 120 г/л,
- * эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л,
- * лейкоциты $9,4 \times 10^9$ /л,
- * палочкоядерные 6%,
- * сегментоядерные лейкоциты 72%,
- * лимфоциты 18%,
- * моноциты 3%,
- * эозинофилы 3%,
- * тромбоциты 235×10^9 /л,
- * СОЭ 29 мм/час.

Общий анализ мочи

Относительная плотность 1007, белок 0,4 г/л, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты 2-4 в поле зрения, цилиндры отсутствуют.

Дополнительными методами обследования, необходимыми для установления диагноза основного заболевания, являются

- не желательна
- обязательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- противопоказана

Результаты обследования

Поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

Выявление в синовиальной жидкости игольчатых кристаллов с эффектом отрицательного двойного лучепреломления. Цитоз $10\ 000 - 40\ 000$ клеток на мм^3 (преимущественно нейтрофилы). При окраске по Граму микроорганизмов в пунктате не выявлено.

Поляризационная микроскопия содержимого тофуса

Рентгенологическое исследование суставов

Рентгенография кистей рук: сужение суставных щелей проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей. Эрозии 2,3 проксимального межфалангового сустава правой кисти, 2,4 проксимального межфалангового сустава левой кисти, кистовидные просветления костной ткани округлой формы с четкими границами в области проксимальных фаланг кистей.

Исследование уровня ревматоидного фактора и антител к циклическому цитрулинсодержащему пептиду (АЦЦП) в сыворотке крови

РФ - отрицательный, АЦЦП - отрицательный

Рентгенография грудной клетки

Легочные поля прозрачны, умеренно эмфизематозны. Очаговых инфильтративных изменений не выявляется. Корни структурны. Синусы

свободны. Тень сердца незначительно расширена в поперечнике влево. Аорта уплотнена.

Для диагностики развития осложнений основного заболевания и оценки степени их тяжести необходимо провести

- не желательна
- обязательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- противопоказана

Результаты обследования

Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ)

СКФ 21 мл/мин/1,73 м² по формуле СКD-EPI

Оценка суточной протеинурии

Суточная протеинурия 850 мг/сут

Регистрация ЭКГ

Осмотр сосудов глазного дна

Сужение артериальных и расширение венозных сосудов, симптом Салюс I на нижневисочных сосудах. Извитость мелких венул.

УЗИ почек

Почки расположены типично, слегка уменьшены в размерах (левая 88×46×43 мм, правая 92×50×49 мм), эхогенность коркового вещества повышена, кортико-медуллярная дифференциация смазана. ЧЛС не расширена. В кортикальном слое прослеживаются очаги незначительно выраженной гиперэхогенности и симптомы микролитиаза.

В данном случае основное заболевание протекает в форме

- не желательна
- обязательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- противопоказана

Диагноз

Хроническая тофусная подагра

Бессимптомная гиперурикемия

Острый подагрический артрит

Хронический подагрический артрит в фазе обострения

Подагру в данном случае можно считать

- не уточненной
- обусловленной нарушением почечной функции
- идиопатической
- лекарственной

Предполагаемым фактором, способствующим развитию и прогрессированию заболевания у данной пациентки, является

- артериальная гипертензия 3 ст. в анамнезе
- женский пол
- прием диуретиков
- прием нестероидных противовоспалительных препаратов

Наиболее вероятными этиологическими факторами ХБП у данной больной являются

- подагрического интерстициального нефрита
- оксалатной нефропатии
- НПВС-нефропатии
- рецидивирующей инфекции мочевых путей

Осложнением подагры у данной пациентки является

- хроническая болезнь почек С4
- артериальная гипертензия 3 степени
- ожирение I степени
- стеатоз печени

Для купирования острой подагрической атаки в качестве первой линии терапии пациентке рекомендуется назначение

- аллопуринола
- глюкокортикоидов
- НПВС
- метатрексата

От приема НПВС пациентке следует воздержаться в связи с высоким риском развития + _____ + побочного эффекта

- гепатотоксического
- бронхообструктивного
- ulcerогенного
- нефротоксического

Постоянная медикаментозная терапия гиперурикемии у данной пациентки

- не желательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- противопоказана

Препаратом выбора при назначении уратснижающей терапии у данной пациентки с ХБП с4 является

- не желательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- противопоказана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В. 72 лет поступил в ревматологическое отделение.

Жалобы

на

* ноющие боли в плюснефаланговых суставах I пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру (в момент пробуждения) и при движениях,

* ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах, отечность голеней и стоп,

* эпизодическое повышение АД до 160/110 мм рт.ст.,

* ноющие боли в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

* Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда впервые появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы ночью. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним была красная, горячая, отмечалось повышение температуры тела до 38,2°C. Болевой синдром купировался приемом больших доз анальгетиков. К врачам больной обращаться не стал. Боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы купировались полностью, через несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава.

* Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год, с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава, отмечался субфебрилитет, недомогание, потеря аппетита, гиперсаливация и жажда. Обратился к врачу, при обследовании выявлены: СОЭ 52 мм/час, гиперфибриногенемия (6,88 г/л), гиперурикемия (мочевая кислота в крови 546 мкмоль/л), на рентгенограмме правого голеностопного сустава изменения не обнаружены. Назначен индометацин в дозе 150 мг/сут.

* В дальнейшем пациент отметил увеличение частоты обострений болезни до 3-

4 раз в год.

* В последние 3 года отмечаются эпизоды повышения АД, появились боли в поясничной области, в связи с чем произведено УЗИ почек, которое впервые выявило камень в нижнем полюсе правой почки размером 13 мм

(предшествующие заболевания почек в анамнезе отрицает)

* Настоящее ухудшение за месяц до госпитализации, когда усилились боли в голеностопных, коленных суставах, суставах стоп, появилась слабость, периодически повышается температура тела до 37,3°C.

Анамнез жизни

* Острые сердечно-сосудистые состояния (инфаркт миокарда, ОНМК), сахарный диабет в анамнезе отрицает

* Лекарственных препаратов регулярно последние 3 года не принимает

* Не курит

* Известно, что злоупотребляет алкоголем (до 300-500 мл крепких спиртных напитков 2-3 раза в неделю)

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное

* Больной повышенного питания. Рост 169 см, вес 98 кг. ИМТ 34,3 кг/м². Окружность талии 102 см. Периферических отеков нет.

* Деформация голеностопных суставов, более выраженная справа, I плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болей.

* На медиальном крае правой стопы обнаружен тофус до 6 мм в диаметре.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

* Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

* Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

* Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень 13×11×10 см по Курлову, ее плотноватый край пальпируется на 3 см под краем правой реберной дуги.

Основным лабораторным методом обследования, необходимым для установления диагноза основного заболевания, является

- не желательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- противопоказана

Результаты лабораторного метода обследования

Биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,2 ммоль/л, холестерин 6,1 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л, мочевины 9,9 ммоль/л, мочевая кислота 450 мкмоль/л, общий белок 65 г/л, АЛТ 58 Ед/л, АСТ 63 Ед/л.

Определение уровня С-реактивного белка

3 мг/л (N 0-4).

Общий анализ крови

Гемоглобин 135 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные лейкоциты 73%, лимфоциты 19%, моноциты 2%, эозинофилы 3%, тромбоциты 266×10^9 /л, СОЭ 16 мм/час.

Общий анализ мочи

Относительная плотность 1012, белок отсутствует, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Дополнительными методами обследования, необходимыми для установления диагноза основного заболевания, являются

- не желательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- противопоказана

Результаты обследования

Поляризационная микроскопия синовиальной жидкости либо биоптата тофуса

Выявление в содержимом тофуса игольчатых кристаллов с эффектом отрицательного двойного лучепреломления.

Рентгенологическое исследование суставов

Данных за костную травму не выявлено. Начальные признаки остеоартроза.

Исследование уровня ревматоидного фактора и антител к циклическому цитрулинсодержащему пептиду (АЦЦП) в сыворотке крови

РФ - отрицательный, АЦЦП - отрицательный

Рентгенография грудной клетки

Легочные поля прозрачны, умеренный пневмосклероз. Очаговых инфильтративных изменений не выявляется. Корни не расширены, структурность понижена. Тень сердца не расширена. Аорта уплотнена.

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больному может быть установлен диагноз

- не желательна
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- противопоказана

Диагноз

Подагра

Ревматический полиартрит

Реактивный артрит

Хронический гепатит с внепеченочными проявлениями

Форму основного заболевания в данном случае следует рассматривать как

- бессимптомную гиперурикемию
- хроническую тофусную подагру
- острый подагрический артрит
- вторичную подагру, обусловленную нарушением почечной функции

Подагру в данном случае можно считать

- обусловленной нарушением почечной функции
- идиопатической
- лекарственной
- неуточненной

Предполагаемым фактором, способствовавшим повторным атакам заболевания у данного пациента, является

- артериальная гипертензия
- возраст пациента более 70 лет
- злоупотребление алкоголем
- мужской пол

Осложнением подагры у данного пациента является

- ожирение I степени
- мочекаменная болезнь
- стеатогепатит
- хроническая болезнь почек

Для купирования острой подагрической атаки в качестве препаратов первой линии терапии данному пациенту наряду с НПВС рекомендуется назначение

- аллопуринола
- колхицина
- метотрексата
- глюкокортикоидов

Назначение колхицина данному пациенту с целью купирования подагрической атаки не показано, так как

- у больного имеется ожирение

- у больного имеется мочекаменная болезнь
- с момента начала атаки прошло длительное время (более 36 часов)
- пациент злоупотребляет алкоголем

С целью профилактики повторных подагрических атак пациенту следует рекомендовать модификацию образа жизни в виде

- ограничения легкоусваиваемых углеводов, животных жиров
- средиземноморской диеты с пониженным содержанием поваренной соли
- активных аэробных физических нагрузок
- соблюдения диеты, обогащенной молочными продуктами с низким содержанием жира, и ограничения алкоголя

Постоянная медикаментозная терапия гиперурикемии у данного пациента

- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- не желательна
- противопоказана

Препаратом выбора при назначении уратснижающей терапии данному больному является

- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- не желательна
- противопоказана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 67 лет обратился в кабинет неотложной помощи в поликлинике.

Жалобы

на интенсивную ноющую боль в области правой стопы, которая возникла накануне ночью после эмоционального стресса.

Анамнез заболевания

* Считает себя больным в течение полугода, когда внезапно появилась резкая боль в правом голеностопном суставе, сопровождавшаяся повышением температуры тела до 37,5°C. Накануне была стрессовая ситуация. Приступ купировался самостоятельно в течение недели. К врачу не обращался.

* Повторный приступ острого артрита в том же суставе возник через 6 месяцев без видимой причины. Обратился к терапевту по месту жительства, диагностирован остеоартрит. Самостоятельно принимал анальгин, через 4 дня проявления артрита купировались

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: у матери – сахарный диабет 2 типа, ожирение, АГ.
- * Острые сердечно-сосудистые состояния, сахарный диабет, заболевания почек в анамнезе отрицает. АД не контролирует.
- * Лекарственных препаратов регулярно не принимает.
- * Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное.
- * Повышенного питания. Рост 169 см, вес 90 кг ИМТ 31,2 кг/м². Окружность талии 98 см.
- * Кожный покров нормальной окраски.
- * В легких хрипов нет, дыхание везикулярное.
- * Границы сердца расширены влево на 1 см. Тоны приглушены, ритм правильный – 68 в минуту. АД 140/80 мм рт.ст.
- * Живот мягкий, безболезненный.
- * Отеков нет.
- * Осмотр костно-суставного аппарата: умеренная болезненность и припухлость в области тыльной поверхности правой стопы.

К необходимым для установления диагноза подагры лабораторным исследованиям относятся

- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- не желательна
- противопоказана

Результаты лабораторного метода обследования

Биохимический анализ крови, включая определение уровня мочевой кислоты, креатинина крови, расчета СКФ

СРБ 3 мг/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, мочевая кислота 487 мкмоль/л; холестерин 7,1 ммоль/л, триглицериды – 2,7 ммоль/л, ревматоидный фактор 10 МЕ/л.

Определение уровня суммарного IgE

IgE (сумм) 58 МЕ/мл (норма <100 МЕ/мл)

Общий анализ крови

Гемоглобин 160 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 20 мм/ч

Общий анализ мочи

Удельная плотность 1014, белок не обнаружен, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют, эпителиальные клетки 0–1 в поле зрения.

Для установления диагноза основного заболевания дополнительно проводят

- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
- обязательна
- не желательна

- противопоказана

Результаты обследования

Пункция сустава и поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

Выявление в синовиальной жидкости игольчатых кристаллов с эффектом отрицательного двойного лучепреломления. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм³ (преимущественно нейтрофилы). При окраске по Граму микроорганизмов в пунктате не выявлено.

Рентгенологическое исследование пораженных суставов

На рентгенограмме голеностопных суставов и суставов стоп: костной патологии не выявлено, явления припухлости мягких тканей.

ЭКГ

Ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей

Левая конечность: Основные стволы глубоких и подкожных вен не расширены, проходимы. Правая конечность: Основные стволы глубоких и подкожных вен не расширены, проходимы. Признаков флеботромбоза не выявлено.

Учитывая особенности клинической картины, необходимо проведение дифференциального диагноза суставного синдрома с

- гемартрозом
- тромбозом глубоких вен нижних конечностей
- рожистым воспалением кожных покровов
- ревматоидным и реактивным артритом

Основное заболевание в данном случае протекает в форме

- хронического подагрического артрита в фазе обострения
- бессимптомной гиперурикемии
- острого подагрического артрита
- хронической тофусной подагры

Подагру в данном случае можно считать

- обусловленной нарушением почечной функции
- лекарственно-индуцированной
- идиопатической
- неуточненной

Предполагаемые факторы, способствующие развитию подагрических атак у пациента

- прием алкоголя
- прием НПВС

- ожирение
- физическая нагрузка

К коморбидным заболеваниям/состояниям в данном случае следует отнести

- хроническую обструктивную болезнь легких
- ожирение I ст
- хронический гастрит
- синдром обструктивного апноэ сна

При невозможности выполнить пункцию голеностопного сустава пациенту рекомендуется выполнение

- остеосцинтиграфии
- МРТ голеностопного сустава
- УЗИ голеностопного сустава
- КТ голеностопного сустава

Для купирования острой подагрической атаки в качестве первой линии терапии рекомендуется назначение

- метотрексата и колхицина
- НПВС и колхицина
- парацетамола и азатиоприна
- НПВС и аллопуринола

Частым побочным эффектом длительного приема НПВС может стать

- полицитемия
- бронхообструктивный синдром
- ulcerогенное действие
- варикозное расширение вен пищевода

Постоянная медикаментозная терапия гиперурикемии у данного пациента

- не желательна
- обязательна
- противопоказана
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии и снижения веса

Препаратом выбора при назначении длительной уратснижающей терапии данному больному является

- не желательна
- обязательна
- противопоказана

- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии и снижения веса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 68 лет поступил в терапевтическое отделение в плановом порядке.

Жалобы

на отеки бедер, голеней, стоп, одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с выделением светлой мокроты, слабость, боли в правом локтевом и коленных суставах, мелких суставах кистей и стоп.

Анамнез заболевания

- * С 50 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным АД 200/100 мм рт.ст., принимал эналаприл, нормодипин.
- * В возрасте 50 лет были выявлены камни в почках.
- * В возрасте 58 лет перенес ОНМК в вертебробазилярном бассейне с практически полным восстановлением двигательных функций.
- * 5 лет назад перенес инфаркт миокарда, проводилось стентирование 2-х коронарных артерий.
- * 2 года назад после избыточного употребления мясных продуктов и небольшого количества алкоголя были эпизоды озноба, появления мочи бурого цвета. Тогда же стали возникать приступы острого артрита голеностопного, коленного, 1-го плюснефалангового сустава правой стопы.
- * Ухудшение состояния в последние 2 мес., когда усилилась одышка, стал ощущать перебои в работе сердца, появился кашель, слабость, отеки голеней, стала повышаться температура тела до 37,6°C, в связи с чем принимал парацетамол, диурет 10 мг через день, верошпирон 50 мг в сутки.
- * Месяц назад значительно усилились боли в коленных суставах, суставах кистей и стоп, что ограничивало движение в них.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально. Служил в армии. Работал инженером-технологом на фабрике. Профессиональные вредности отрицает. С 60 лет на пенсии.
- * Аллергологический анамнез неотягощен.
- * Семейный анамнез: сведений о состоянии здоровья родственников не имеет.
- * Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

- * Состояние при поступлении средней тяжести.
- * Повышенного питания. Рост 174 см, вес 104 кг. Окружность талии 112 см.
- * Отеки голеней, стоп.
- * В легких дыхание везикулярное, влажные мелко-пузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧД 25 в мин.
- * Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 в мин. АД 125/70 мм рт.ст.
- * Живот мягкий, болезненный в эпигастрии.
- * Никтурия до 3 раз за ночь.

* Осмотр костно-суставного аппарата: экссудативно-пролиферативные изменения в пястно-фаланговых суставах II-V пальцев кистей, гиперемия кожи над суставами; экссудативно-пролиферативные изменения I, II плюсне-фаланговых суставов, экссудативные изменения коленных суставов, активные и пассивные движения в суставах значительно ограничены из-за боли, тофусы в области локтевых суставов, проксимальных и дистальных фаланг 2,3 пальцев обеих кистей.

Основным лабораторным исследованием, необходимым для установления основного диагноза, в данной клинической ситуации является

- не желательна
- обязательна
- противопоказана
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии и снижения веса

Результаты лабораторного метода обследования

Биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты, креатинина, расчета СКФ

СРБ 28 мг/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, мочевая кислота 730 мкмоль/л, холестерин 5,2 ммоль/л, креатинин 188 мкмоль/л.

Определение уровня ревматоидного фактора

РФ 18 МЕ/мл (N 0 -30).

Общий анализ крови

Гемоглобин 105 г/л, лейкоциты $12,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/ч,

Общий анализ мочи

Удельная плотность 1020, белок 0,33 г/л, лейкоциты 8–10 в поле зрения, эритроциты 0–1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0–1 в поле зрения, ураты в большом количестве, бактерии - умеренно

"Золотым стандартом" дифференциальной диагностики суставного синдрома в данном случае будет являться

- не желательна
- обязательна
- противопоказана
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии и снижения веса

Результаты обследования

Пункция сустава и поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

Выявление в синовиальной жидкости игольчатых кристаллов с эффектом отрицательного двойного лучепреломления. Цитоз $10\ 000 - 60\ 000$ клеток на мм^3 (преимущественно нейтрофилы). При окраске по Граму микроорганизмов в пунктате не выявлено.

Рентгенологическое исследование пораженных суставов

Данных за костно-травматические изменения не получено.

УЗИ органов брюшной полости

Печень увеличена (168 мм), эхогенность ткани печени обычная. Желчный пузырь не увеличен, толщина стенок 2 мм, в просвете «замазка». Общий желчный проток 5 мм. Поджелудочная железа визуализируется в области головки и тела, не утолщена, контуры ровные, эхогенность незначительно диффузно повышена. Селезенка не увеличена, структура однородная. Почки расположены типично, уменьшены в размерах (правая почка 92×45 мм, левая почка 95×48 мм). Слой паренхимы в правой почке 10 мм, в левой почке 9 мм. В чашечно-лоханочной системе обеих почек множественные конкременты до 6 мм.

Ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей

Левая конечность: Основные стволы глубоких и подкожных вен не расширены, проходимы. Правая конечность: Основные стволы глубоких и подкожных вен не расширены, проходимы. Признаков флеботромбоза не выявлено.

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторного и инструментального обследования пациенту может быть установлен диагноз

- не желательна
- обязательна
- противопоказана
- возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии и снижения веса

Диагноз

Подагра

Септический полиартрит

Острая ревматическая лихорадка

Ревматоидный артрит

Формой заболевания в данном случае является

- бессимптомная гиперурикемия
- хроническая тофусная подагра
- острый подагрический артрит
- хронический подагрический артрит в фазе обострения

Возможные клиничко-морфологические варианты поражения почек у данного пациента

- артериолосклеротический гломерулосклероз и оксалатный нефролитиаз

- быстро прогрессирующий гломерулонефрит и нефротический синдром
- хронический уратный тубуло-интерстициальный нефрит и уратный нефролитиаз
- фокальный сегментарный гломерулярный гиалиноз

Первоочередным исследованием, показанным больному для исключения сопутствующей респираторной патологии, является

- мазок из зева на стрептококки группы А
- плевральная пункция
- рентгенография органов грудной клетки
- исследование ФВД

Коморбидными заболеваниями/состояниями, увеличивающими риск развития подагры у больного, являются гипертоническая болезнь III стадии и

- ожирение
- ОНМК в анамнезе
- хроническая обструктивная болезнь легких
- _N.pylory_-ассоциированные заболевания желудка и 12-перстной кишки

Осложнением подагры у данного пациента является

- ожирение I степени
- ишемическая болезнь сердца
- гипертоническая болезнь
- хроническая болезнь почек

Для купирования острой подагрической атаки в качестве первой линии терапии данному больному рекомендуется назначение

- аллопуринола
- НПВС
- глюкокортикоидов
- колхицина

Как альтернативу в качестве препарата первой линии для купирования подагрической атаки у данного пациента можно рассмотреть

- микофенолат мофетил
- азатиоприн
- канакиумаб
- адалимумаб

В случае рентгенологического подтверждения наличия у больного пневмонии применение канакиумаба

- абсолютно противопоказано
- возможно
- желательно
- противопоказано в острый период инфекционного процесса

Следует рассмотреть вопрос о целесообразности назначения данному пациенту постоянной уратснижающей терапии

- абсолютно противопоказано
- возможно
- желательно
- противопоказано в острый период инфекционного процесса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Ш. 70 лет обратилась в клинику.

Жалобы

на

- * выраженные боли и припухание суставов кистей,
- * боли в лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах,
- * утреннюю скованность до 14-15 часов дня,
- * потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца,
- * общую слабость.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала диклофенак или нимесулид с некоторым положительным эффектом.

Анамнез жизни

В анамнезе артериальная гипертензия более 10 лет (регулярно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в день) и сахарный диабет 2 типа (принимает метформин 1000 мг/сут).

Объективный статус

- * Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые бледные.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=16 в мин.
- * Тоны сердца ясные, звучные, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=80 в мин. АД 134/82 мм рт.ст.
- * Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- * Суставной статус: изменения суставов кистей представлены на рисунке 1. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5 x 0,5 см. Коленные суставы деформированы за счет экссудативно-пролиферативных изменений, положительный симптом баллотирования

надколенника с обеих сторон.

* Индекс активности заболевания по DAS 28 = 5,6

* Рисунок 1.

К основным методам лабораторного обследования для постановки диагноза относятся

- абсолютно противопоказано
- возможно
- желательно
- противопоказано в острый период инфекционного процесса

Результаты лабораторных обследований

Определение ревматоидного фактора в крови

Ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л).

Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) в сыворотке крови

АЦЦП в крови – 300 Ед/мл (нормальное значение 0-17 ед/мл)

Клинический анализ крови

Гемоглобин 96,4 г/л, лейкоциты $9,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты 217×10^9 /л, СОЭ 16 мм/час (по Вестергрону).

Биохимический анализ крови

Электрофорез белков: альбумины 43,7%, глобулины: альфа1 - 4,9%, альфа2 - 12,8%, бета - 12,4%, гамма-глобулины - 26,2%. СРБ 54,7 мг/л, сывороточное железо – 10,2 мкмоль/л, креатинин - 130 мкмоль/л, билирубин – 20,0 ммоль/л, АЛТ 28 МЕ/л, АСТ 32МЕ/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, холестерин – 7,2 ммоль/л

Определение антинуклеарных антител (АНА) в крови

АНА – отрицательные.

Наиболее информативным инструментальным методом диагностики является

- абсолютно противопоказано
- возможно
- желательно
- противопоказано в острый период инфекционного процесса

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография суставов кистей и стоп

Периартикулярный остеопороз, сужение суставных щелей и единичные кисты в эпифизах II-IV слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа, обоих лучезапястных суставов.

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, расширена влево, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

УЗИ коленных суставов

Наличие выпота в умеренном количестве в обоих коленных суставах, отек мягких тканей суставов, синовиальная оболочка утолщена до 5 мм с единичными мелкими узелковыми разрастаниями.

МРТ коленных суставов

Умеренный синовит с обеих сторон, гипертрофия синовиальной оболочки, отёк костного мозга.

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- абсолютно противопоказано
- возможно
- желательно
- противопоказано в острый период инфекционного процесса

Диагноз

Ревматоидный артрит серонегативный, с внесуставными проявлениями (ревматоидные узелки), АЦЦП-позитивный, ранняя стадия, активность 3 ст., не эрозивный (рентгенологическая стадия 2 а), ФК 2

Полиостеоартроз, узелковая форма. Двусторонний гонартроз

Недифференцированный артрит

RS3PE синдром (Remitting Seronegative symmetric synovitis with Pitting Edema)

Основной целью терапии ревматоидного артрита является

- уменьшение функциональной недостаточности суставов
- уменьшение DAS 28 на 2,6 единицы
- предотвращение появления новых эрозий суставов
- достижение ремиссии или низкой активности

В качестве стартовой базисной терапии ревматоидного артрита показано назначение

- метотрексата
- гидроксихлорохина
- сульфасалазина
- препаратов золота

В начале терапии метотрексат назначается перорально или парентерально (п/к или в/м) в дозе

- 7,5 мг 1 раз в неделю длительно
- 10 мг ежедневно длительно
- 20 мг 1 раз в неделю длительно

- 10 мг 1 раз в неделю длительно

При проведении терапии базисными противовоспалительными препаратами с целью мониторинга безопасности необходим ежемесячный контроль показателей

- ревматоидного фактора и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду в крови
- суточной протеинурии
- клинического анализа крови, креатинина, АЛТ, АСТ
- СОЭ, СРБ

Учитывая высокую активность ревматоидного артрита, пациенту показано дополнительно к метотрексату назначение коротким курсом

- глюкокортикоидов (преднизолон, метилпреднизолон)
- фолиевой кислоты
- сульфасалазина
- диклофенака

С целью уменьшения риска гематологических осложнений на фоне приёма метотрексата рекомендуется назначение

- фолиевой кислоты
- препаратов железа
- омепразола
- преднизолона

Пациентке следует рекомендовать динамическое наблюдение с периодичностью

- каждые 1-3 месяца
- каждые 3-6 месяцев
- 1 раз в год
- каждые 6-12 месяцев

Фактором риска нежелательных реакций на фоне терапии базисными противовоспалительными препаратами помимо пожилого возраста будет

- приём метформина
- артериальная гипертензия
- приём эналаприла
- сахарный диабет

Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентки определяет

- приём метформина
- артериальная гипертензия

- приём эналаприла
- сахарный диабет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 80 лет обратился в клинику.

Жалобы

на

- * боль и ограничение объема движений в суставах кистей и стоп, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах,
- * утреннюю скованность до 6 часов.

Анамнез заболевания

Боли в суставах беспокоят около 2-х лет. К врачам не обращался, самостоятельно принимал нимесулид с некоторым положительным эффектом.

Анамнез жизни

В анамнезе артериальная гипертензия более 10 лет, перенёс инфаркт миокарда 3 года назад.

Объективный статус

- * Общее состояние средней степени тяжести. Передвигается с помощью трости.
- * Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, чистые.
- * Пастозность голеней и стоп.
- * Лимфатические узлы не пальпируются.
- * В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД – 20 в мин.
- * Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 160/90 мм рт. ст., ЧСС - 89 в мин.
- * Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- * Количество болезненных суставов – 16, количество припухших суставов – 10, оценка активности заболевания пациентом по ВАШ – 65 мм.
- * DAS 28 = 7,05

Для уточнения диагноза необходимо определить в крови следующий серологический маркер

- приём метформина
- артериальная гипертензия
- приём эналаприла
- сахарный диабет

Результаты обследования

Ревматоидный фактор (Ig M РФ)

Ревматоидный фактор (РФ) – 1000 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л).

Гемоглобин

Гемоглобин 98,6 г/л (норма 130-160 г/л)

С-реактивный белок (СРБ)

СРБ 84 мг/л (норма до 5 мг/л)

СОЭ

СОЭ – 74 мм/ч (по Вестергрену) (норма <30 мм/ч)

Наиболее информативным инструментальным методом диагностики является

- приём метформина
- артериальная гипертензия
- приём эналаприла
- сахарный диабет

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография суставов кистей и стоп

Периартикулярный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии в эпифизах II-V пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов кистей и обоих лучезапястных суставов.

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной клетки тень средостения смещена расширена влево, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

УЗИ коленных суставов

Наличие выпота в умеренном количестве в обоих коленных суставах, отек мягких тканей суставов, синовиальная оболочка утолщена до 10 мм с единичными мелкими узелковыми разрастаниями.

МРТ коленных суставов

Умеренный синовит с обеих сторон, гипертрофия синовиальной оболочки, начальные признаки асептического некроза мышечков большеберцовой и бедренной кости справа.

Значение индекса активности DAS 28 соответствует + _____ + степени активности заболевания

- ремиссии
- низкой
- высокой
- умеренной

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- ремиссии
- низкой
- высокой
- умеренной

Диагноз

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность 3 ст., эрозивный (рентгенологическая стадия 3), ФК 3

Ревматоидный артрит серопозитивный, поздняя стадия, активность 3, эрозивный (рентгенологическая стадия 3), ФК 3

Ревматоидный артрит серонегативный, поздняя стадия, активность 2, эрозивный (рентгенологическая стадия 4), ФК 3

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность 2, эрозивный (рентгенологическая стадия 4), ФК 3

Основной целью терапии ревматоидного артрита является

- уменьшение функциональной недостаточности суставов
- достижение ремиссии или низкой активности
- предотвращение появления новых эрозий суставов
- уменьшение DAS28 на 2,6 единицы

В качестве стартовой базисной терапии ревматоидного артрита показано назначение

- метотрексата
- тоцилизумаба
- гидроксихлорохина
- лефлуномида

В начале терапии метотрексат перорально или парентерально (п/к или в/м) назначается в дозе

- 10 мг ежедневно длительно
- 10-15 мг 1 раз в неделю длительно
- 20 мг 1 раз в неделю длительно
- 7,5 мг 1 раз в неделю длительно

При проведении терапии базисными противовоспалительными препаратами с целью мониторинга безопасности необходим ежемесячный контроль

- клинического анализа крови, креатинина, АЛТ, АСТ
- СОЭ, СРБ
- РФ и АЦЦП крови
- суточной протеинурии

Учитывая высокую активность РА, пациенту показано дополнительно к метотрексату назначение коротким курсом

- фолиевой кислоты

- сульфасалазина
- глюкокортикоидов (преднизолон, метилпреднизолон)
- диклофенака

С целью уменьшения риска гематологических осложнений на фоне приёма метотрексата рекомендуется назначение

- фолиевой кислоты
- преднизолона
- омепразола
- препаратов железа

Пациенту следует рекомендовать динамическое наблюдение с периодичностью

- каждые 3-6 месяцев
- 1 раз в год
- каждые 1-3 месяца
- каждые 6-12 месяцев

Фактором риска нежелательных реакций на фоне терапии БПВП у данного пациента является

- каждые 3-6 месяцев
- 1 раз в год
- каждые 1-3 месяца
- каждые 6-12 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В кабинет ортопеда обратился пациент 74 лет.

Жалобы

на боли по задней поверхности области правого голеностопного сустава при стоянии и ходьбе.

Анамнез заболевания

Со слов больного, боли появились около 5-и лет назад, постепенно болевой синдром усиливался. Обратился в связи с выраженным болевым синдромом.

Анамнез жизни

* страдает гипертонической болезнью и ИБС: стенокардией напряжения II ФК (принимает аспирин, статины, бисопролол, периндоприл и индапамид в терапевтических дозах), сахарным диабетом 2 типа (соблюдает низкоуглеводную диету, получает метформин), хроническим простатитом (при обострениях 1-2 раза в год получает АБ-терапию, последнее обострение около 1 месяца назад, лечился левофлоксацином);

* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

* в прошлом активно занимался футболом;

* аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, избыточного питания. Рост 170 см, масса тела 120 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Местный статус

При осмотре нижние конечности симметричны, периферических отеков нет. При пальпации умеренная болезненность в области пяточного бугра с обеих сторон, более выражена справа. Симптом Томпсона отрицательный с обеих сторон. Пульсация на артериях стоп несколько снижена, без асимметрии. Чувствительность не нарушена.

При постановке диагноза данному больному к важному диагностическому критерию относят ответ на вопрос

- каждые 3-6 месяцев
- 1 раз в год
- каждые 1-3 месяца
- каждые 6-12 месяцев

Результаты обследования

Имелось ли ранее покраснение и отек области пяточного бугра

После начала болей было покраснение и отек области пяточного бугра справа, не обращался за помощью.

Было ли ранее нарушение чувствительности правой стопы

Нет, не было

Отмечалось ли ограничение движений в правом голеностопном суставе

Ограничений не было.

Были ли боли по подошвенной поверхности стопы

Да, около двух лет назад были. Проходил обследование, был выявлен плантарный фасциит. После прохождения курса УВТ и подбора обуви боли более не беспокоили.

Патогномоничным симптомом для данного заболевания являются боли при

- пальпации подошвенной поверхности стопы
- вставании на передний отдел стопы
- надавливании на межплюсневые промежутки
- пассивных движениях 1 пальца стопы

Наиболее информативным инструментальным методом исследования в данной клинической ситуации является

- пальпации подошвенной поверхности стопы
- вставании на передний отдел стопы

- надавливании на межплюсневые промежутки
- пассивных движениях 1 пальца стопы

Результаты обследования

УЗИ ахиллова сухожилия

Заключение: выявлено наличие избыточной жидкости в области синовиальной сумки и изменение (увеличение эхогенности) волокон сухожилия

Рентгенография обеих стоп в боковой проекции

Заключение: костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено

МСКТ правой стопы

Заключение: признаки атроза голеностопного сустава 1-2 ст.

Ангиография артерий правой стопы

Заключение: признаки гемодинамически значимого нарушения кровотока по артериям стопы не выявлены

С учетом жалоб, анамнеза и результатов инструментального обследования наиболее вероятным диагнозом у больного является

- пальпации подошвенной поверхности стопы
- вставании на передний отдел стопы
- надавливании на межплюсневые промежутки
- пассивных движениях 1 пальца стопы

Диагноз

Тендинит ахиллова сухожилия

Остеоартроз голеностопного сустава

Плантарный фасциит

Тендинит сухожилий малоберцовых мышц

Фактором риска развития данного заболевания у больного может быть _____ в анамнезе

- занятие спортом
- гипертоническая болезнь
- отсутствие вредных привычек
- сахарный диабет 2 типа

Ятрогенным триггерным фактором развития заболевания мог стать прием

- фторхинолонов
- индапамида
- метформина
- атрвостатина

С учетом анамнеза пациенту необходимо дополнительно провести оценку функции

- печени
- почек
- легких
- сердца

Для уменьшения болевого синдрома следует использовать препараты из группы

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- глюкокортикостероидов
- наркотических анальгетиков
- антиагрегантов

Предпочтительным путем введения НПВС является

- местный, в виде мазей и гелей
- внутримышечный, в форме инъекций
- ректальный, в свечах
- энтеральный, в таблетках и капсулах

Основным принципом лечения в остром периоде является

- создание покоя
- оперативное лечение
- фиксация голеностопного сустава в положении максимального сгибания
- ранняя ЛФК, направленная на разработку активного разгибания в голеностопном суставе

Наиболее частым осложнением ахиллобурсита является

- остеоартроз голеностопного сустава
- спонтанный разрыв ахиллова сухожилия
- контрактура голеностопного сустава
- тромбоз глубоких вен голени

Применение ударно-волновой терапии у больных с ахиллобурситом особенно показано при

- остеоартроз голеностопного сустава
- спонтанный разрыв ахиллова сухожилия
- контрактура голеностопного сустава
- тромбоз глубоких вен голени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

на слабость, одышку, головокружение, периодические боли в левой половине живота, носовые кровотечения, кровоточивость десен, частые инфекции.

Анамнез заболевания

Слабость беспокоит много лет, в последние 2 года усилилась. Одышка и головокружение, тупые боли распирающего характера в левой половине живота появились полгода назад, провоцируются небольшой физической нагрузкой, ходьбой. За последний год отмечал 3 эпизода, не связанных с травмой носовых кровотечений, которые купировались в домашних условиях. В течение последнего года неоднократно (5-6 раз) переносил ОРВИ.

Анамнез жизни

- * 10 лет страдает гипертонической болезнью (принимает нолипрел); инфаркта, инсульта не было;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * отец умер в возрасте 80 лет (рак головки поджелудочной железы), мать – в возрасте 75 лет (инсульт).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы бледные, сухие. Пастозность нижних конечностей. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в левом верхнем квадранте, где пальпируется увеличенная плотная селезенка. При перкуссии размеры: поперечник 8-9 см, длинник – 15-16 см. Печень по Курлову 9x8x7 см, пальпируется по краю реберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- остеоартроз голеностопного сустава
- спонтанный разрыв ахиллова сухожилия
- контрактура голеностопного сустава
- тромбоз глубоких вен голени

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой

|=====

| Анализ: | Результат: | Норма мужчины:

| Гемоглобин | 91 г/л | 130-160 г/л

| Тромбоциты | 81×10^9 | $180-360 \times 10^9$

| Эритроциты | $3,37 \times 10^{12}$ | $4-5,1 \times 10^{12}$

| Лейкоциты | $1,7 \times 10^9$ | $4-9 \times 10^9$

| СОЭ | 47 мм/ч | 1-10 мм/ч
| Цветовой показатель | 0,85 | 0,85-1,15
| Эозинофилы | 1% | 0-5%
| Базофилы | 0% | 0-1%
| Лимфоциты | 61% | 18-40%
| Моноциты | 1% | 2-9%
| Средний объем эритроцитов | 75 fl | 78-94 fl
| Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах | 26,9 пг | 26-32 пг
| Палочкоядерные гранулоциты (нейтрофилы) | 1% | 1-6%
| Сегментоядерные гранулоциты (нейтрофилы) | 36% | 47-72%
3+^
|====

Выявляется большое количество «ворсинчатых» лимфоидных клеток крупного размера, с гомогенным разреженным хроматином ядра округлой или овальной формы, с широкой бледной цитоплазмой, с неровным, фестончатым, с отростками и ворсинками краем цитоплазмы.

Гистологическое исследование костного мозга

Аспирация костного мозга нерезультативна – «сухая пункция».

В трепанобиоптате костного мозга: костный мозг гиперклеточный за счёт диффузной рыхлой лимфоидной инфильтрации мелкими и средними лимфоидными клетками с морфологией ворсинчатых лимфоцитов, на фоне редукции гранулоцитарного (резко) и эритроидного ростков, расширения мегакариоцитарного ростка, рассеянных плазматических клеток. Строма с нарушениями микроциркуляции, выраженным фиброзом.

Определение иммунофенотипа лимфоцитов крови или костного мозга методом проточной цитометрии

Выявлена моноклональная популяция В-лимфоцитов с иммунофенотипом CD19⁺, CD20 bright⁺, CD22⁺, CD79b⁺, LAIRI bright⁺, CD11c⁺, CD25⁺, CD103⁺, CD200⁺, CD10⁻, CD5⁻, CD23⁻.

Определение мутации BRAF V600E в лимфоцитах крови или костного мозга

Выявлена гетерозиготная мутация V600E гена BRAF в В-лимфоцитах костного мозга.

Биохимический анализ крови

|====
| Показатель | Результат | Норма
| Общий белок, г/л | 65 | 65-85
| Альбумин, г/л | 35 | 35-55
| Фибриноген, г/л | 4,5 | 2,0-4,0
| С-реактивный белок, мг/л | 7 | До 5
| Ревматоидный фактор, МЕ/мл | 6 | До 14
| АСЛО (антистрептолизин-о), Ед/л | Менее 200 | До 200
| Холестерин общий, ммоль/л | 5,5 | 3,0-6,9

| Триглицериды, ммоль/л | 1,2 | 0,45-3,7
| Глюкоза, ммоль/л | 5,0 | 3,3 -5,5
| АлТ (АлАТ), Ед/л | 55 | До 41
| АсТ (АсАТ), Ед/л | 35 | До 37
| Билирубин общий, мкмоль/л | 12,0 | До 20,5
| Креатинин, мг/л | 11,5 | 8,4-13,6
| Мочевина, ммоль/л | 6,8 | 2,5-8,3
| Натрий, ммоль/л | 138 | 135-150
| Калий, ммоль/л | 4,0 | 3,5-5,5
| Железо, мкмоль/л | 12,0 | 8,95-30,43
|====

Определение группы крови и Rh-принадлежности

Группа крови I (0), Rh (+)

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- остеоартроз голеностопного сустава
- спонтанный разрыв ахиллова сухожилия
- контрактура голеностопного сустава
- тромбоз глубоких вен голени

Результаты инструментального метода обследования

Компьютерная томография органов брюшной полости

Выявляется умеренная спленомегалия, диффузная инфильтрация ткани селезенки. Печень не увеличена. Абдоминальные лимфоузлы не увеличены.

Сцинтиграфия скелета

При исследовании в режиме "все тело" через три часа после в/в введения 555 МБк Tc-99-m Технефор определяется симметричное накопление радиоиндикатора, аномалий нет.

Суточное мониторирование АД

У пациента в течение суток наблюдалось нормальное среднее АД с максимальным подъемом САД в активные часы до 160 мм. рт. ст., а в ночные часы до 120 мм. рт. ст. (нормальная АД нагрузка в сутках). По суточному колебанию САД пациент относится к типу "диппер".

ЭКГ

Ритм синусовый, правильный, ЧСС-96 в мин. Нормальное положение ЭОС.

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больному может быть установлен диагноз

- остеоартроз голеностопного сустава
- спонтанный разрыв ахиллова сухожилия
- контрактура голеностопного сустава
- тромбоз глубоких вен голени

Диагноз

Волосатоклеточный лейкоз

Лимфома красной пульпы селезенки

Хронический лимфолейкоз

В-пролимфоцитарный лейкоз

Наиболее специфичным и встречающимся с наибольшей частотой диагностическим критерием, позволяющим однозначно высказаться о диагнозе волосатоклеточного лейкоза, является

- определение тартрат-устойчивой кислой фосфатазы (TRAP) в лимфоцитах крови
- мутация V600E гена BRAF в В-лимфоцитах костного мозга
- определение «ворсинчатых» клеток в костном мозге
- определение «ворсинчатых» клеток в крови

Основой терапии волосатоклеточного лейкоза является

- кладрибин
- циклофосфамид
- флударабин
- метотрексат

Назначению кладрибина при волосатоклеточном лейкозе обычно предшествует применение

- инфликсимаба
- ритуксимаба
- пентостатина
- интерферона- α

Для консервативной терапии волосатоклеточного лейкоза только у пациентов с сохранной функцией почек возможно применение

- кладрибина
- интерферона- α
- пентостатина
- ритуксимаба

Системное лечение экстрамедуллярного поражения при волосатоклеточном лейкозе включает в себя применение

- интерферона- α , кладрибина, ритуксимаба
- интерферона- α и лучевой терапии с проведением спленэктомии

- ритуксимаба, метотрексата и лучевой терапии
- интерферона- α , глюкокортикостероидов и метотрексата

Полноту достигнутой ремиссии при волосатоклеточном лейкозе оценивают через +_____+ месяцев

- 6-12
- 12-18
- 18-24
- 3-6

Препаратом для лечения резистентного к обычной терапии волосатоклеточного лейкоза является ингибитор мутации BRAF V600E

- бендамустин
- вемурафениб
- кладрибин
- ритуксимаб

Для уменьшения риска рецидивов лейкоза пациенту следует рекомендовать

- тепловые физиопроцедуры (инфракрасное облучение селезенки)
- исключить избыточную инсоляцию
- ежегодную вакцинацию пневмококковой вакциной
- диету с ограничением полиненасыщенных жирных кислот

Частыми осложнениями волосатоклеточного лейкоза, развивающимися вследствие нейтропении, являются

- тепловые физиопроцедуры (инфракрасное облучение селезенки)
- исключить избыточную инсоляцию
- ежегодную вакцинацию пневмококковой вакциной
- диету с ограничением полиненасыщенных жирных кислот

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 78 лет направлена на консультацию к гериатру врачом общей практики.

Жалобы

на

- * боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся при движениях и иррадиирующие в правую нижнюю конечность,
- * головокружение,
- * шаткость при ходьбе, страх падений,

- * снижение памяти,
- * общую слабость.

Анамнез заболевания

После падения с кровати в 2016 г отметила появление болей в грудном и поясничном отделах спины, не обследовалась. Снижение роста четко не описывает в течение жизни. Последнее ухудшение в течение месяца, когда отметила нарастание болевого синдрома в нижней части спины. Последние две недели требуется небольшая помощь в выполнении бытовых дел. Применяет местные формы НПВП по требованию, периодически мелоксикам 15 мг, однако болевой синдром в спине сохраняется.

Анамнез жизни

Больная в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью (с максимальными цифрами АД=180/100 мм рт. ст.; чувствует себя хорошо с АД=120/70-140/80 мм рт. ст.). Острые сосудистые события в анамнезе отрицает. 3 месяца назад проходила стационарное лечение по поводу цереброваскулярной болезни, синдрома вертебро-базиллярной системы. В анамнезе стенокардия напряжения III ФК, язвенная болезнь желудка, распространенный остеохондроз позвоночника, полиостеоартроз. Принимает мемантин 10 мг утром, бетагистин 24 мг × 2 р/д, ацетилсалициловую кислоту 100 мг, бисопролол, аторвастатин. Менопауза в 39 лет. Отмечает снижение веса на 10 кг за год в связи с соблюдением диеты и уменьшением количества потребляемой пищи. Отмечает проблемы с жеванием, запоры до 2 суток. Пьет около 1 литра в сутки. Иногда требуется посторонняя помощь в прогулках и передвижении по городу в связи со страхом падений. Пользуется очками. Отмечает снижение памяти на текущие события. Проживает с сыном. Имеет среднее образование. Аллергические реакции: отрицает. Наследственность не отягощена. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 149 см, вес – 61 кг. ИМТ – 27.48 кг/м². Телосложение: правильное, гиперстеничное. Кожные покровы и слизистые: чистые, бледной окраски. Язык чистый, влажный. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, смещаемая, безболезненная, мягкоэластической консистенции, однородная. Периферические отеки – нет. ЧДД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул – запоры. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Кифосколиотическая деформация грудного отдела позвоночника, сглажен поясничный лордоз.

Шкала «Возраст не помеха» – 4 балла. Скорость ходьбы 0,625 м/сек. Тест «встань и иди» – 22 сек. Мини-Ког 1/5 баллов. Индекс активности в повседневной жизни (Бартел) – 95. Краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов. Краткая гериатрическая шкала оценки депрессии – 4 балла. Шкала оценки питания – 13 баллов. Риск падения по шкале Морзе – 50 баллов.

Необходимыми для постановки диагноза методами инструментального обследования являются

- тепловые физиопроцедуры (инфракрасное облучение селезенки)
- исключить избыточную инсоляцию
- ежегодную вакцинацию пневмококковой вакциной
- диету с ограничением полиненасыщенных жирных кислот

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции

Рентгенограмма грудного отдела позвоночника в боковой проекции. Повышена рентгенопрозрачность костной ткани. Высота тела позвонка TVII (стрелка) неравномерно снижена по типу передней клиновидной деформации до 20 мм, при максимальной высоте позвонка до 27 мм. Сужены щели межпозвонковых дисков.

Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия

Заключение: Т-критерий в шейке бедра: -3.4 SD.

Биоимпедансометрия

Тредмил-тест

Заключение: проба отрицательная, толерантность средняя.

Остеосцинтиграфия

Заключение: распределение радиофармпрепарата равномерное, очагов повышенной фиксации препарата нет

Компьютерная томография органов грудной клетки

Заключение: КТ данных за инфильтративные и объёмные образования не выявлено

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам относят исследования

- тепловые физиопроцедуры (инфракрасное облучение селезенки)
- исключить избыточную инсоляцию
- ежегодную вакцинацию пневмококковой вакциной
- диету с ограничением полиненасыщенных жирных кислот

Результаты лабораторных методов обследования

Общеклинический анализ крови

Гемоглобин 139 г/л (N 120-140)

Эритроциты 4,56 (N 3,9-4,7)

ЦП 0,92 (N 0,85-1,05)

Лейкоциты 4.0 (N 4,0-9,0)

Тромбоциты 251 9 N 180-320)

СОЭ 32 (N 0-30)

25(ОН) - витамина D

Витамин 25(ОН)D – 11 нг/мл (N >30 нг/мл)

Общий кальций

Кальций общий 2,45 ммоль/л (N 2,15-2,55)

С-реактивный белок

С-реактивный белок 3,0 мг/л (N 0-5)

Общий белок

Общий белок 81 г/л (N 65-87)

Мочевая кислота

Мочевая кислота 264 мкмоль/л (N 150-350)

Предполагаемым основным диагнозом будет

- тепловые физиопроцедуры (инфракрасное облучение селезенки)
- исключить избыточную инсоляцию
- ежегодную вакцинацию пневмококковой вакциной
- диету с ограничением полиненасыщенных жирных кислот

Диагноз

Остеопороз смешанного генеза (постменопаузальный, сенильный) тяжелого течения, осложненный компрессионным переломом тела позвонка TVII. Дефицит витамина Д

Миеломная болезнь

Первичный гиперпаратиреоз

Анкилозирующий спондилит

Гериатрическим синдромом, отягощающим течение основного заболевания у больной, является

- депрессия
- старческая астения
- обезвоживание
- недержание мочи/кала

Наличие старческой астении подтверждает

- SARC-F – 5 баллов
- краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов
- MMSE – 19 баллов
- тест «встань и иди» - 38 сек

Для лечения дефицита витамина Д у данной пациентки наиболее целесообразно применить препарат

- колекальциферола
- кальцитриола
- альфакальцидола
- эргокальциферола

Рекомендованной схемой лечения дефицита витамина Д у пациентки будет прием колекальциферола по схеме

- 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь
- 10 000 МЕ в день - 8 недель внутрь
- 100 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь
- 50 000 МЕ еженедельно в течение 6 недель внутрь

Оптимальным препаратом для лечения остеопороза у больной будет

- стронция ранелат
- кальцитонин
- кальция карбонат
- терипаратид

Признаком неэффективности проводимой терапии остеопороза у больной будет являться

- развитие 2 и более низкотравматических переломов за время лечения
- развитие 1 низкотравматического перелома за время лечения
- потеря минеральной плотности кости 2% в бедре и 3% в позвонках за два последовательных измерения
- отсутствие повышения маркеров костного разрушения на 20% в сочетании с потерей минеральной плотности кости

Пациентке необходимо рекомендовать прием препарата кальция в ежедневной дозе

- 1000-1500 мг
- 300-600 мг
- 800-1000 мг
- 200-400 мг

При планировании антиостеопоретического лечения пациентке необходимо провести лабораторную оценку уровня

- пролактина
- паратиреоидного гормона
- гомоцистеина
- сывороточного железа

Оптимальным немедикаментозным методом профилактики прогрессирования остеопороза у пациентки будет являться

- пролактина
- паратиреоидного гормона
- гомоцистеина
- сывороточного железа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 89 лет направлена на консультацию к гериатру врачом общей практики.

Жалобы

на

- * периодические умеренные боли в нижнем отделе спины, уменьшающиеся в горизонтальном положении,
- * периодические боли в тазобедренных суставах,
- * общую слабость,
- * снижение слуха,
- * страх падений.

Анамнез заболевания

Длительное время отмечает вышеперечисленные жалобы. Не обследовалась. Переломы отрицает. Снижение роста на 4 см в течение жизни. Потерю веса не описывает. 1 год назад принимала препараты кальция, витамина Д в течение 2-3 месяцев. Препараты НПВП применяет редко.

Анамнез жизни

Больная в течение 30 лет страдает гипертонической болезнью (с максимальными цифрами АД=170/90 мм рт. ст.; адаптирована к АД=140/70-150/80 мм рт. ст.). В 2018 г – перенесла транзиторную ишемическую атаку. В течение 10 лет – сахарный диабет 2 типа. Диету иногда нарушает. Гликемия при самоконтроле до 9 ммоль/л утром, в течение дня не измеряет. В анамнезе диабетическая непролиферативная ретинопатия, диабетическая дистальная полинейропатия, сенсорная форма.

В анамнезе стенокардия напряжения II ФК, язвенная болезнь 12-перстной кишки, мочекаменная болезнь. Принимает лозартан 50 мг × 2 раза в сутки, ацетилсалициловую кислоту 100 мг, метопролол, аторвастатин, метформин 850 мг в ужин, канаглифлозин 100 мг утром.

Менопауза с 50 лет. Периодически беспокоят запоры. Пьет около 1,5 литров в сутки.

Посторонняя помощь требуется во время прогулок. Пользуется очками, слуховым аппаратом. Отмечает снижение памяти на текущие события. В течение последнего года учащение падений без переломов: более 4 за последний год.

Проживает с дочерью. Имеет высшее техническое образование.

Аллергические реакции: отрицает.

Наследственность отягощена по перелому шейки бедра (отец).

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Рост – 155 см, вес – 57 кг. ИМТ – 23.73 кг/м². Сознание – ясное, телосложение: нормостеничное. Грудной гиперкифоз. Кожные покровы и слизистые: чистые, с бледным оттенком. Зев чистый. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Щитовидная железа не увеличена, смещаемая, безболезненная, плотноэластической консистенции, неоднородная. Периферические отеки: нет. ЧДД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 61 в 1 мин. АД – 147/87 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул – склонность к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащенное.

Шкала «Возраст не помеха» – 5 баллов. Индекс активности в повседневной жизни (Бартел) – 85. Повседневная инструментальная активность (шкала Лоутон) – 6. SARC-F – 7 баллов. Риск падений по шкале Морзе - 50 баллов. Шкала оценки питания MNA – 20 баллов. Краткая гериатрическая шкала оценки депрессии – 3 балла. MMSE – 21 балл. Тест рисования часов – 6 баллов. Тест «встань и иди» – 16,1 сек. Краткая батарея тестов физического функционирования – 6 баллов.

Необходимым для постановки диагноза методом инструментального обследования является

- пролактина
- паратиреоидного гормона
- гомоцистеина
- сывороточного железа

Результаты инструментального метода обследования

Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия

Заключение: Т-критерий в шейке бедра -2.8 SD; L1-L4: -1.8 SD, максимально – L2 – 2.9.

Рентгенография тазобедренного сустава

На рентгенограмме правого тазобедренного сустава, выполненной в прямой проекции, в положении пациента "лежа", на фоне околосуставного остеопороза, высота суставной щели неравномерно снижена в верхних отделах до 2 мм.

Крыша вертлужной впадины несколько уплотнена с признаками остеосклерозирования. Краевое костное разрастание по верхнему краю вертлужной впадины. Головка бедренной кости с четкими контурами, несколько грибовидно деформирована. Костные структуры с округлыми и овальными участками разряжения костной ткани. Шейка бедренной кости не укорочена, не расширена. Отмечаются краевые костные разрастания по большому вертелу.

Заключение: рентгенологические признаки артроза правого тазобедренного сустава (III степень по Келлгрэн-Лоуренсу, II степень по Косинской), "околосуставного" остеопороза.

Рентгенография грудной клетки

На рентгенограммах органов грудной клетки, выполненных в прямой и боковой проекциях, легкие без свежих очаговых или инфильтративных теней. Легочный рисунок с явлениями возрастного паренхиматозно-интерстициального пневмосклероза усилен в прикорневых и базальных отделах с обеих сторон. Корни легких не расширены, структурны, фиброзно уплотнены. Синусы свободны. Междолевая плевро уплотнена. Диафрагма обычно расположена. Тень сердца обычной конфигурации. Аорта уплотнена, развернута, частично склерозирована в дуге.

Заключение: На момент исследования свежих очаговых или инфильтративных изменений легких не выявлено. Рентгенологические признаки возрастного паренхиматозно-интерстициального пневмосклероза.

Атеросклеротические изменения грудной аорты.

Компьютерная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника

Заключение: МСКТ-признаки неравномерных циркулярных протрузий дисков L1- L5 -S1 на фоне остеохондроза, спондилоартроза, деформирующего спондилеза поясничного отдела позвоночника. Повышена прозрачность ткани позвонков. Относительный стеноз спинномозгового канала на уровне L4-S1. Спондилолистез L3.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования относят определение в крови

- пролактина
- паратиреоидного гормона
- гомоцистеина
- сывороточного железа

Результаты лабораторных методов обследования

Паратиреоидный гормон

Паратиреоидный гормон 5,41 пмоль/л (N 1,70-6,40)

25(ОН) - витамина D

Витамин 25(ОН)D – 21,2 нг/мл (N >30)

Мочевая кислота

Мочевая кислота 376 мкмоль/л (N 150-350)

Общий билирубин

Общий билирубин 17 мкмоль/л (N 3,4-20,5)

Альбумин

Альбумин 38 г/л (N 35-52)

Калий

Калий 4,2 ммоль/л (N 3,5-5,1)

У данной пациентки определена концентрация Витамина Д 21,2 нг/мл, что можно охарактеризовать как

- выраженный дефицит витамина D
- недостаточность витамина D
- норму

- адекватный уровень витамина D

Предполагаемым основным диагнозом будет

- выраженный дефицит витамина D
- недостаточность витамина D
- норму
- адекватный уровень витамина D

Диагноз

Сенильный остеопороз среднетяжелого течения

Ревматоидный артрит

Вторичный гиперпаратиреоз

Болезнь Форестье

Гериатрическим синдромом, отягощающим течение основного заболевания у больной, является

- старческая астения
- делирий
- дисфагия
- пролежни

Наличие старческой астении подтверждает

- тест Мини Ког – 2 балла
- MNA – 16 баллов
- краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов
- индекс Бартел – 60 баллов

Принятие решения о дальнейшей тактике терапии остеопороза у пациентки будет основываться на результатах

- тест Мини Ког – 2 балла
- MNA – 16 баллов
- краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов
- индекс Бартел – 60 баллов

Результаты обследования

Шкала FRAX оценки 10-летней вероятности переломов бедра и основных низкотравматических переломов

Риск основных остеопоротических переломов по FRAX - 24%, риск переломов шейки бедра по FRAX – 13%.

Уровень остеокальцина

Остеокальцин 12,58 нг/мл (N <46)

Результат орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ)

Тошачковая гликемия 6,8 ммоль/л, гликемия в ОГТТ – 11,4 ммоль/л.

Гликированный гемоглобин 8,5%

Уровень С-телопептид коллагена 1 типа

С-телопептид коллагена 1 типа 0,260 нг/мл (N <1,008)

Для лечения недостаточности витамина Д у данной пациентки наиболее целесообразно применить препарат

- альфакальцидола
- эргокальциферола
- кальцитриола
- колекальциферола

Рекомендованной схемой лечения недостаточности витамина Д у пациентки будет прием колекальциферола по схеме

- 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь
- 50 000 МЕ еженедельно в течение 6 недель внутрь
- 10 000 МЕ в день - 8 недель внутрь
- 100 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь

Рекомендованным режимом назначения препарата деносуаба у больной будет непрерывный прием

- в течение 1 года с последующим переходом на терапию бисфосфонатами
- в течение 5 лет с последующей отменой и наблюдением за возникновением новых переломов
- до достижения клинического эффекта с последующим переходом на терапию терипаратидом
- до достижения МПК -2,0 SD по Т-критерию и выше в шейке бедренной кости, с последующим переходом на терапию бисфосфонатами

При выборе антирезорбтивной терапии пациентке необходимо провести лабораторную оценку уровня

- мочевины
- билирубина
- креатинина
- фосфора

Для повышения чувствительности расчета риска переломов у больной по шкале FRAX необходимо провести оценку

- мочевины
- билирубина

- креатинина
- фосфора

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет доставлен по СМП в сопровождении жены.

Жалобы

на

- * головокружение,
- * тошноту,
- * рвоту,
- * неустойчивость при ходьбе,
- * головную боль преимущественно в затылочной области.

Анамнез заболевания

Со слов больного, болен около 12 часов, когда появилось головокружение. В момент начала заболевания находился на улице. Из-за сопутствующей неустойчивости с трудом добрался до дома. Постепенно присоединилась тошнота, была многократная рвота. Тем не менее сначала к врачу не обращался. Утром следующего дня в связи с продолжающимся головокружением, тошнотой и рвотой вызвал бригаду СМП и доставлен в стационар. Врачом СМП было зафиксировано АД 180/100 мм рт. ст., глюкоза крови 6,1 ммоль/л. Введен раствор магнезии сульфата 25%-5.0 в/в струйно, таб. капотен 25 мг 1 таб. под язык. Госпитализирован в неврологическое отделение. Еще через 10-12 часов появилась неинтенсивная головная боль преимущественно в затылочной области с иррадиацией в область правой половины лба и правого глаза.

Анамнез жизни

- * Артериальная гипертония с максимальными цифрами до 200/100 мм рт. ст. в течение 15 лет. Антигипертензивные средства принимает нерегулярно, а лишь при подъеме АД выше 150/80 мм рт. ст. При этом АД измеряет редко, только при появлении головной боли или ухудшении самочувствия. В качестве антигипертензивного средства обычно принимает каптоприл или эналаприл.
- * В течение последних 4-5 лет появилась одышка при физической нагрузке (при подъеме на 2-й этаж, быстрой ходьбе). Иногда при физической нагрузке отмечал ощущение тяжести или сдавления за грудиной.
- * В течение последнего года дважды отмечались эпизоды кратковременного вестибулярного головокружения длительностью до 10 минут. Головокружение проходило самостоятельно, было выражено умеренно, и больной по этому поводу к врачам не обращался.
- * Язвенная болезнь 12-перстной кишки.
- * Курит 15-20 сигарет в день на протяжении 30 лет, алкоголем не злоупотребляет.
- * Наследственный анамнез: отец умер от инсульта в возрасте 63 лет; у матери — сахарный диабет, ожирение, артериальная гипертония, умерла в возрасте 78 лет.
- * Аллергоанамнез: лекарственной непереносимости не было.

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Вес 86 кг, рост 173 см. Температура тела 36.8°C. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60 уд/мин, АД 170/90 мм рт.ст. Живот мягкий.

* Сознание ясное. Шкала комы Глазго 15 баллов. Когнитивных нарушений не выявлено. Ориентирован в собственной личности, времени, месте.

Менингеальных симптомов нет. Правонаправленный спонтанный нистагм, усиливающийся при отведении взора вправо. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметричные. Патологических стопных знаков не выявлено. Легкая гипотония мышц правых конечностей.

Ведущим неврологическим синдромом в дебюте заболевания был

- гиперкинетический синдром
- острый вестибулярный синдром
- цефалгический синдром
- синдром сенситивной атаксии

Необходимым инструментальным методом исследования в приемном отделении в период госпитализации пациента является

- гиперкинетический синдром
- острый вестибулярный синдром
- цефалгический синдром
- синдром сенситивной атаксии

Результаты инструментального метода обследования

КТ головного мозга

Изменения отсутствуют

Рентгенография черепа

Травматических и деструктивных нарушений в костях черепа не выявлено

Нейросонография

М-эхо без дислокации срединных структур

УЗ дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Внутренние сонные артерии диаметром 7 мм, утолщение комплекса интима-медиа до 1,2 мм. Ход позвоночных артерий извитой, S-образный, утолщение комплекса интима-медиа до 1,7 мм, справа сужен на 70%, слева – на 50%, за счет множественных средней эхо-плотности атеросклеротических бляшек.

Клиническим методом уточнения уровня поражения нервной системы будет являться

- гиперкинетический синдром
- острый вестибулярный синдром
- цефалгический синдром
- синдром сенситивной атаксии

Результаты обследования

Нейровестибулярное исследование

Спонтанный горизонтальный нистагм, направленный вправо, не меняющийся при депривации зрения и в пробе с встряхиванием головы. Тест Хальмаги отрицательный. Позиционного нистагма нет. Плавные следящие движения глаз и зрительный саккады визуально не нарушены. Проба Фукуда невыполнима из-за выраженной неустойчивости.

Нейропсихологическое исследование

Мокатест 29 баллов

Тест тандемной ходьбы

Из-за выраженной неустойчивости ходьба невозможна

Тест на диадохокинез

Адиадохокинез

Параклиническим исследованием, которое целесообразно провести после ухудшения состояния больного на вторые сутки заболевания, является

- гиперкинетический синдром
- острый вестибулярный синдром
- цефалгический синдром
- синдром сенситивной атаксии

Результаты обследования

МРТ головного мозга

Ишемический инфаркт правого полушария мозжечка

КТ головного мозга в динамике через 12 часов

Ишемический инфаркт мозжечка, локализованный в его правом полушарии

Нейросонография в динамике через 24 часа

Без динамики

УЗ дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий через 24 часа

Без динамики

Определение уровня холестерина ЛПНП

3,5 ммоль/л

На основании жалоб, анамнеза, результатов клинического и параклинического обследования может быть установлен диагноз

- гиперкинетический синдром
- острый вестибулярный синдром
- цефалгический синдром
- синдром сенситивной атаксии

Диагноз

Инфаркт мозжечка (ишемический инсульт в бассейне задней нижней мозжечковой артерии)

Гипертонический криз

Субарахноидальное кровоизлияние

Вестибулярная мигрень

Клиническая картина заболевания и результаты параклинических обследований наиболее соответствуют инсульту + _____ + типа

- геморрагического
- кардиоэмболического
- атеротромботического
- лакунарного

Предпочтительной тактикой лечения будет являться

- тромбоэкстракция
- тромболизитическая терапия
- декомпрессивная краниотомия
- консервативное ведение

Хирургическое лечение может быть показано при

- инфаркте, обусловленном окклюзией верхней мозжечковой артерии
- злокачественном варианте инфаркта мозжечка
- инфаркте, обусловленном окклюзией передней нижней мозжечковой артерии
- инфаркте, обусловленном окклюзией задней нижней мозжечковой артерии

Декомпрессивная краниотомия задней черепной ямки и вентрикулостомия может потребоваться больному при

- ишемии ствола мозга
- геморрагическом пропитывании очага инфаркта мозжечка без признаков компрессии ствола мозга
- признаках отека дисков зрительных нервов при офтальмоскопии
- развитии признаков компрессии ствола по данным КТ или МРТ

Показанием к изолированной вентрикулостомии является

- развитие острой окклюзионной гидроцефалии по данным КТ или МРТ
- наличие признаков ишемии ствола мозга
- выявление отека дисков зрительных нервов при офтальмоскопии

- геморагическое пропитывание очага инфаркта мозжечка без признаков компрессии ствола мозга

Отрицательный тест Хальмаги у больного является признаком

- одностороннего повреждения вестибулярного нерва или лабиринта внутреннего уха
- отсутствия каналолитиаза
- свидетельствующем об ишемического характере инсульта
- неповрежденного (сохранного) вестибулоокулярного рефлекса

Головную боль в сочетании с болью в области глаза, появившуюся у пациента примерно через сутки после начала заболевания, можно объяснить

- одностороннего повреждения вестибулярного нерва или лабиринта внутреннего уха
- отсутствия каналолитиаза
- свидетельствующем об ишемического характере инсульта
- неповрежденного (сохранного) вестибулоокулярного рефлекса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 80 лет обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

на

- * высыпания,
- * сухость во рту,
- * незначительную боль при приеме горячей пищи.

Анамнез заболевания

В течение полугода отмечает появление высыпаний в виде колец на сгибательных поверхностях конечностей, на месте травматизации кожи появляются новые высыпания. Также беспокоит сухость и боль во рту при приеме горячей пищи, что и послужило поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * В течение 7 лет отмечает повышения артериального давления до максимальных цифр 170 и 110 мм рт. ст. постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Аллергические реакции отрицает.
- * Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 84 кг. Кожные покровы: симметрично на сгибательных поверхностях конечностей имеются высыпания в

виде узелков розовато-красного цвета в виде колец диаметром 2-5 мм с вдавлением в центре. После смазывания узелков растительным маслом на их поверхности обнаруживается сетевидный рисунок. В полости рта на фоне высыпаний определяются сплошные очаги ороговения с резкими границами. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 126/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги.

Необходимым методом лабораторной диагностики является

- одностороннего повреждения вестибулярного нерва или лабиринта внутреннего уха
- отсутствия каналолизитиаза
- свидетельствующем об ишемического характера инсульта
- неповрежденного (сохранного) вестибулоокулярного рефлекса

Результаты обследования

Гистологическое исследование биоптата кожи из очага поражения

При гистологическом исследовании отмечаются гиперкератоз с неравномерным гранулезом, акантозом, вакуольную дистрофию клеток базального слоя эпидермиса. На границе между эпидермисом и дермой локализуются тельца Сиватта.

Определение уровня тиреоидных гормонов

Тиреотропный гормон 0,6 мЕд/л (N: 0,25–3,5);

Тироксин свободный 24 пмоль/л (N: 10–27).

Анализ крови на волчаночный антикоагулянт скрининговый тест (LA1)

Волчаночный антикоагулянт скрининговый тест (LA1): 38,4 сек.

(N: 31.00 - 44.00).

Определение антител к *Treponema pallidum*

Не обнаружены (норма – не обнаружены).

Необходимо обратить внимание при визуальном осмотре кожных покровов на

- размер и цвет высыпаний
- наличие стрий и кровоизлияний
- следы расчесов
- локализацию, распространенность и характер высыпаний

Сформулируйте диагноз

- размер и цвет высыпаний
- наличие стрий и кровоизлияний
- следы расчесов
- локализацию, распространенность и характер высыпаний

Диагноз

Красный плоский лишай

Ветряная оспа

Вторичный сифилис

Корь

Проведение дифференциальной диагностики с истинной акантолитической пузырчаткой необходимо в случае

- точечных кровоизлияний на коже
- изолированного эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки полости рта
- развития буллезной формы красного плоского лишая
- эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки носа

Какая форма красного плоского лишая наблюдается у данного пациента

- гиперкератотическая
- атрофическая
- типичная
- буллезная

Симптом, при котором после смазывания узелков растительным маслом на их поверхности появляется сетевидный рисунок, называется

- симптом Уипла
- симптом Унна
- симптом Уикхема
- симптом Унтербергерга

Классификация красного плоского лишая включает в себя + _____ + форм поражений слизистой оболочки полости рта

- 5
- 7
- 6
- 4

Появление новых узелков на месте траматизации кожи при обострении красного плоского лишая называется

- феномен Артюса
- кольцевидная эритема
- феномен Кебнера
- кольца Кебота

Перед назначением лечения необходима консультация

- венеролога
- невролога
- инфекциониста
- офтальмолога

В качестве местной терапии красного плоского лишая могут быть использованы

- глюкокортикостероиды
- антисептики
- антигистаминные средства
- масляные растворы витамина А

Для лечения больных КПЛ слизистой оболочки полости рта в качестве первой линии терапии применяется

- бетаметазон крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель
- хлоргексидин, орошения 2 раза в день на очаги поражения 1-2 недели
- бепантен мазь, 2 раза в день на очаги поражения 1-2 недели
- клотримазол, мазь 4 раза в сутки на очаги поражения 2-4 недели

В случае неэффективности топических глюкокортикостероидных препаратов для лечения больных КПЛ слизистой оболочки полости рта применяется препарат

- бетаметазон крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 8 недель
- хлоргексидин, орошения 2 раза в день на очаги поражения 1-2 недели
- бепантен мазь, 2 раза в день на очаги поражения 1-2 недели
- клотримазол, мазь 4 раза в сутки на очаги поражения 2-4 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет обратился к врачу-стоматологу.

Жалобы

на

* периодические боли,

* наличие эрозии на внутренней поверхности правой щеки.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что имеется вредная привычка скусывать слизистую оболочку щек, губ; чередование разных температур при приеме пищи, употребление крепкого кофе, чая, спиртных напитков, очень острой пищи. В

последнее время начал отмечать боли и наличие эрозии на слизистой полости рта, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* В течение последних 10 лет отмечает повышение артериального давления до максимальных цифр 160 и 100 мм рт. ст., постоянно принимает энап 10 мг 2 раза в день.

* Вредные привычки: длительный стаж курения.

* Профессиональные вредности: в течение 10 лет контактировал со свинцовой пылью.

* Аллергические реакции: аллергическая реакция по типу крапивницы на антибиотики пенициллинового ряда.

* У матери – лейкоплакия шейки матки.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. При осмотре полости рта на слизистой оболочке внутренней поверхности правой щеки отмечается бляшка серовато-белого цвета, с четкими краями, перламутровым блеском, на видимо не измененной слизистой оболочке рта, представляющая собой неравномерное помутнение эпителия, на которой видны равномерно расположенные мелкие углубления красного цвета. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги.

Предрасполагающим фактором данного заболевания из анамнеза может выступать

- длительный стаж курения
- употребление крепкого чая и кофе
- контакт со свинцовой пылью
- аллергическая реакция на антибиотики
- прием антигипертензивных лекарственных средств
- отягощенный наследственный анамнез

К методам обследования, используемым для диагностики данного состояния, относят

- длительный стаж курения
- употребление крепкого чая и кофе
- контакт со свинцовой пылью
- аллергическая реакция на антибиотики
- прием антигипертензивных лекарственных средств
- отягощенный наследственный анамнез

Результаты обследования

Люминесцентное исследование

Голубое свечение участка поражения.

Гистологическое исследование

Явления паракератоза и гиперкератоза, слабо выраженный акантоз.

Цитологическое исследование слюны

Преобладают нейтрофильные лейкоциты, часть из которых дегенеративно изменены, макрофаги и лимфоциты на фоне скудного микробного обсеменения.

Радиосиалография

Отмечается повышенное накопление радионуклида.

Компьютерная томография черепа

Определяется новообразование околоушной железы.

Сформулируйте диагноз

- длительный стаж курения
- употребление крепкого чая и кофе
- контакт со свинцовой пылью
- аллергическая реакция на антибиотики
- прием антигипертензивных лекарственных средств
- отягощенный наследственный анамнез

Диагноз

Лейкоплакия идиопатическая

Красный плоский лишай

Вторичный сифилис

Кандидоз полости рта

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с/со

- стоматитом
- системной красной волчанкой
- болезнью Бехчета
- ангулярным хейлитом

Чаще всего у заядлых курильщиков диагностируется форма лейкоплакии

- лейкоплакия Таппейнера
- эрозивная форма
- плоская форма
- веррукозная форма

Критерием, позволяющим отличить лейкоплакию от проявлений вторичного сифилиса является обнаружение в соскобе с эрозии

- макрофагов
- лейкоцитов
- бледных трепонем

- грибов Candida

К комплексу мероприятий по лечению плоской лейкоплакии относят

- лечение заболеваний легких
- физическую активность
- обильный питьевой режим
- запрещение курения

Витаминотерапия при лечении лейкоплакии включает в себя прием витамина

- D
- A
- B6
- B12

**Суточная доза аскорбиновой кислоты при лечении плоской лейкоплакии составляет + _____ +
раза в сутки**

- 0,3 г 3
- 0,1 г 3
- 0,2 г 2
- 0,4 г 3

Выберите верную схему лечения лейкоплакии витамином А

- витамин А (масляный раствор) по 15 капель 4 раза в сутки в течение 1-2 недель
- витамин А (масляный раствор) по 10 капель 2 раза в сутки в течение 1-2 месяцев
- витамин А (масляный раствор) по 20 капель 4 раза в сутки в течение 6-7 месяцев
- витамин А (масляный раствор) по 5 капель 1 раз в сутки в течение 3-5 дней

Повторные курсы витаминотерапии проводят с частотой + ____ + раза в год

- 3
- 12
- 6
- 1

К хирургическим методам лечения лейкоплакии относится

- 3
- 12

- 6
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В палату интенсивной терапии поступает женщина 82 лет.

Жалобы

на

- * перебои в работе сердца,
- * судороги икроножных мышц,
- * общую слабость,
- * тошноту,
- * запоры.

Анамнез заболевания

В течение 20 лет страдает ишемической болезнью сердца. Перенесла инфаркт миокарда (год назад). Постоянно принимает бисопролол 5 мг, ацетилсалициловую кислоту 150 мг, аторвастатина 10 мг. В последнее время по рекомендации дочери начала принимать фуросемид по 40 мг в день в связи с нарастанием отеков нижних конечностей. Через 2 недели от начала приема препарата появились перебои в работе сердца, судороги икроножных мышц, слабость.

Анамнез жизни

- * вредные привычки: отрицает
- * профессиональные вредности: отрицает
- * аллергические реакции: отрицает
- * наследственный анамнез: отец скончался от ОНМК в возрасте 59 лет

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 158 см, масса тела 62 кг. ЧДД 18 в минуту. В легких аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет; АД 130/80 мм рт. ст., пульс 60 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. При аускультации живота отмечается ослабление кишечных шумов. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отеки нижних конечностей до средней трети голеней. Снижены рефлексы и мышечный тонус.

Для уточнения диагноза пациентке необходимо определить уровень

- 3
- 12
- 6
- 1

Результаты обследования

Уровень калия

2,3 ммоль/л (N: 3,5-5,5 ммоль/л)

Уровень натрия

145 ммоль/л (N: 135 – 145 ммоль/л)

Уровень кальция

1,6 ммоль/л (N: 1,5 – 2,15 ммоль/л)

Уровень хлора

98 ммоль/л (N: 96-106 ммоль/л)

На ЭКГ можно обнаружить

- увеличение интервал PQ
- снижение сегмента ST
- элевацию сегмента ST
- уменьшение интервала PQ
- желудочковые аритмии

У пациентки развилось нарушение электролитного обмена

- гипокальциемия
- гипокалиемия
- гипонатриемия
- гиперкалиемия

Причиной развития гипокалиемии у пациентки был прием

- фуросемида
- ацетилсалициловой кислоты
- аторвастатина
- бисопролола

К возможным последствиям развития гипокалиемии в клинической практике относят

- иммуносупрессию
- остановку кровообращения
- эпилептический припадок
- метаболический ацидоз

Основным лечебным мероприятием является внутривенное введение раствора

- калия
- хлорида натрия
- глюкозы
- магния

Быстрое введение раствора калия опасно для жизни возможным развитием

- отека легкого
- остановки сердца

- ТЭЛА
- мозгового инсульта

Кроме гипокалиемии, применение петлевых диуретиков может вызвать

- гиперкальциемию
- гипокальциемию
- гипермагниемию
- гипомагниемию

Для компенсации потерь калия при назначении петлевых диуретиков больному с сердечной недостаточностью следует назначить

- викасол
- бисопролол
- спиронолактон
- дигоксин

Противопоказанием для внутривенного введения калия является

- анурия
- брадикардия
- гипергликемия
- гипернатриемия

К основным клиническим симптомам при гипокалиемии относят

- мышечную слабость
- отеки нижних конечностей
- боли за грудиной
- одышку

Наиболее эффективным является назначение калия в поляризующих смесях в сочетании с

- мышечную слабость
- отеки нижних конечностей
- боли за грудиной
- одышку

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет направлена на консультацию к гериатру врачом общей практики.

Жалобы

на прогрессирующие нарушения речи: трудности при назывании предметов, понимании значения слов в устной речи и при чтении.

Анамнез заболевания

Нарушения речи появились в течение года исподволь, без видимой причины. Полгода назад ездила на встречу с однокурсниками и отметила, что практически не могла общаться, так как было трудно подбирать слова. С тех пор пациентка находится на больничном листе и думает о том, чтобы закончить свою работу учителя математики. Труднее всего пациентке вспомнить, как называются различные предметы. Забывает также математические термины, такие как «интеграл», «уравнение», «гипотенуза» и др., что особенно мешает в работе. В то же время, отдаленные, недавние и текущие события жизни помнит хорошо. Без каких-либо затруднений выполняет всю домашнюю работу: готовит, убирает, стирает, ходит в магазин, разумно распоряжается деньгами, без труда путешествует по городу по знакомым маршрутам. В целом поведение правильное. Однако, по словам дочери, пациентка стала меньше проявлять интерес в общении с внуками, домашними животными. Фон настроения снижен, переживает по поводу прогрессирующей утраты профессиональной памяти.

Анамнез жизни

Менопауза в 50 лет. Травм, операций не было. С 52 лет повышение артериального давления. Максимальные цифры АД – 150/100 мм рт. ст. Принимает периндоприл 10 мг/сут. Живет с мужем. Имеет высшее образование. Вредные привычки отрицает. Наследственность отягощена по линии отца по сердечно-сосудистым заболеваниям. У матери пациентки в относительно раннем возрасте (на 6 десятилетия жизни) развилось слабоумие.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Вес 70 кг, рост 164 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. Частота сердечных сокращений 64 в минуту в 1 минуту. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный со всех сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме. Сознание ясное, правильно ориентирована в месте и времени, контактна.

К необходимым в данной ситуации для постановки диагноза методам обследования относятся

- мышечную слабость
- отеки нижних конечностей
- боли за грудиной
- одышку

Результаты обследования

Нейropsychологическое тестирование

Обращенную речь понимает не полностью, часто переспрашивает, что означает то или иное слово. Например, в ответ на вопрос врача «какое у Вас обычно

артериальное давление» переспрашивает «давление? что это – «давление»?». Чтение вслух в норме, однако, не всегда и не полностью понимает смысл прочитанного. Собственная речь пациентки беглая, плавная, правильная в грамматическом отношении, но малосодержательная, бедная существительными. Память нарушена по модальностно-специфическому типу: преимущественно страдает слухо-речевая память, при относительной сохранности зрительной. Счёт в норме. Праксис, гнозис, управляющие функции - без видимых нарушений. Краткая шкала оценки психического статуса – 27 из 30 баллов.

Оценка повседневной активности

Пациентка, без каких-либо затруднений выполняет всю домашнюю работу: готовит, убирает, стирает, ходит в магазин, разумно распоряжается деньгами, без труда путешествует по городу по знакомым маршрутам. В то же время нарушения речи вызывают социальную дезадаптацию – пациентка не способна эффективно взаимодействовать с другими людьми. По этой же причине собирается увольняться с работы.

Вышеперечисленные симптомы свидетельствуют о наличии у пациентки тяжелых когнитивных расстройств.

Оценка поведенческой сферы

В целом поведение пациентки правильное. Однако, по словам дочери, пациентка стала меньше проявлять интерес в общении с внуками, домашними животными.

Исследование неврологического статуса

Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Рутинное лабораторное исследование крови и мочи

Патологии не выявлено.

Оценка состояния сознания

Пациентка находится в ясном сознании.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- мышечную слабость
- отеки нижних конечностей
- боли за грудиной
- одышку

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови

{nbsp}

Анализ крови на содержание витамина В12, фолиевой кислоты, гомоцистеина

Витамин В12 400 пг/мл (N 187-883), фолиевая кислота 8,5 нг/мл (N 3,1-20,5), гомоцистеин 14,9 мкмоль/л (N 4,44-13,56).

Лабораторное исследование функций щитовидной железы (содержание трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона, антител к тиреоглобулину).

Трийодтиронин 4,2 ммоль (N 2,6-5,7), тироксин 11,12 ммоль/л (N 9,00-19,05), тиреотропный гормон 6,12 ммоль/л (N 0,4-4,0), антитела к тиреоглобулину 40 МЕ/мл (N<18).

Железо сыворотки крови

Железо сыворотки крови - 20,3 мкмоль/л (N 12,5-32).

С-реактивного белка

С-реактивный белок 2,0 мг/л (N 0-5).

25(ОН) - витамина D

Витамин 25(ОН)D – 32 нг/мл (N >30 нг/мл).

Помимо МРТ головного мозга необходимым для постановки диагноза методом инструментального обследования является

- мышечную слабость
- отеки нижних конечностей
- боли за грудиной
- одышку

Результаты инструментального обследования

Позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

Выявлено снижение метаболизма глюкозы в левой височной доле.

ЭЭГ

{nbsp}

Заключение: Патологических изменений не выявлено.

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных артерий головы: стеноз обеих внутренних сонных артерий справа до 25%, слева – до 30%.

Рентгенография легких

Предполагаемым основным диагнозом является

- мышечную слабость
- отеки нижних конечностей
- боли за грудиной
- одышку

Диагноз

Фронтотемпоральная деменция, речевая форма

Хроническая ишемия головного мозга

Сосудистая деменция

Болезнь Альцгеймера

Тяжесть когнитивных нарушений у пациентки может усугублять повышение уровня

- тиреотропного гормона
- липопротеидов низкой плотности
- гомоцистеина
- холестерина

У пациентки наблюдаются поведенческие нарушения в виде

- апатии
- раздражительности
- нескритичности
- бесцельной двигательной активности

Для оценки эмоциональных расстройств у пациентки используется

- гериатрическая шкала депрессии
- шкала Глазго
- шкала Морзе
- шкала Лоутона

Данной пациентке для замедления прогрессирования заболевания рекомендуется терапия

- антипсихотическими препаратами
- антиконвульсантами
- ноотропами
- антидементными препаратами

Для коррекции поведенческих нарушений пациентке в первую очередь рекомендованы

- бензодиазепины
- немедикаментозные методы
- антиконвульсанты
- антипсихотические препараты

Для коррекции эмоциональных расстройств пациентке рекомендованы

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина или ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
- трициклические антидепрессанты
- бензодиазепины
- нейролептики

Из нелекарственных методов лечения, помимо регулярной физической активности, данной пациентке можно порекомендовать

- магнитотерапию
- когнитивный тренинг
- иглорефлексотерапию
- массаж шейно-воротниковой зоны

Помимо врача-невролога пациентке рекомендовано находится под наблюдением врача

- магнитотерапию
- когнитивный тренинг
- иглорефлексотерапию
- массаж шейно-воротниковой зоны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

на

- * трудности засыпания,
- * ночные пробуждения,
- * слабость по утрам,
- * снижение дневной активности,
- * тревожность,
- * «боязнь не уснуть».

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает проблемы со сном около 20 лет. Изначально расстройство сна имело эпизодический характер. 2 года назад на фоне приступов диффузных головных болей давящего характера, которые отмечались преимущественно в вечернее время и приема тиоридазина (по поводу тревожности) стали отмечаться трудности засыпания, частые ночные пробуждения, усилилась тревожность. Принимала феназепам 1 мг на ночь с временным положительным эффектом. Около 1 года назад проконсультирована неврологом, назначены обезболивающие средства, частота и интенсивность головных болей значительно уменьшились, но нарушение сна сохранилось, при этом у пациентки стал отмечаться страх перед укладыванием в постель, появилась боязнь не уснуть, пациентка стала предвосхищать проблемы со сном. В

последние полгода состояние ухудшилось, присоединились жалобы на сниженный фон настроения, ощущение тоски, снизилась дневная активность, повышение артериального давления по утрам, ночные пробуждения с ощущением перебоев в работе сердца, возобновились головные боли. Продолжает принимать феназепам 1 мг 1-2 т на ночь ежедневно, получает постоянную гипотензивную терапию.

Анамнез жизни

-- Проживает одна.

-- Страдает гипертонической болезнью II ст., 2 ст., риск 3, хронической вертеброгенной цервикалгией, хронической головной болью напряженного типа, хроническим холециститом.

-- Проработала педагогом в течение 45 лет, имела большие умственные нагрузки, нарушала режим сна, сейчас на пенсии.

-- Аллергологический анамнез не отягощен.

-- Мать в 67 лет перенесла инфаркт миокарда, страдала депрессивным расстройством.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Рост 178 см, вес 76 кг.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, шумов нет. ЧСС 85 в 1 мин, АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус:

Менингеальных знаков нет. Сознание ясное, критика к своему состоянию сохранена, замедлено мышление, тревожна. Глазные щели — D = S, зрачки — D = S. Фотореакции сохранены. Нистагма нет. Язык по средней линии. Глотание, фонация, речь не нарушены. Опущен левый угол рта. Сухожильные рефлексы с рук высокие: D = S, коленные — высокие: D = S, ахилловы — снижены.

Чувствительность не нарушена. В позе Ромберга легкая неустойчивость.

Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. При ходьбе легкая атаксия. Менингеальных знаков нет. Напряжение перикраниальных мышц.

Болезненность при пальпации в области трапециевидных, дельтовидных мышц и паравертебральных мышц на уровне шейного уровня позвоночника.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- оценка сопутствующих заболеваний
- данные психологического обследования
- при диагностике необходима оценка связи приема различных препаратов (особенно психотропных средств, таких как, например, антидепрессанты активирующего действия и нейролептики) с развитием нарушения сна, которые часто назначаются пациентам, особенно пожилого возраста
- оценка хронобиологического стереотипа пациентки
- лабораторные методы исследования
- оценка профессиональной деятельности

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- оценка сопутствующих заболеваний
- данные психологического обследования
- при диагностике необходима оценка связи приема различных препаратов (особенно психотропных средств, таких как, например, антидепрессанты активирующего действия и нейролептики) с развитием нарушения сна, которые часто назначаются пациентам, особенно пожилого возраста
- оценка хронобиологического стереотипа пациентки
- лабораторные методы исследования
- оценка профессиональной деятельности

Результаты инструментального метода обследования

Полисомнографическое исследование

Заключение полисомнографии, проведенное сомнологом: около 5% времени исследования регистрировался прерывистый храп. Количество ночных пробуждений – 20, время бодрствования после засыпания – 50 мин. Минимальное значение сатурации составило 90%. Средние показатели насыщения крови кислородом в течении ночи в пределах нормы– 95%. Латентность ко сну увеличена - 40 мин. (при норме <15 мин.). Индекс эффективности сна снижен– 78,0% (при норме >90%). Макроструктура сна умеренно нарушена: увеличена длительность 1 стадии сна (11,9% при норме <10), снижена представленность REM- стадии сна (11,9% при норме >20 %).

МРТ головного мозга

Заключение МРТ головного мозга: признаки единичных очагов сосудистого генеза в коре головного мозга. Заместительная гидроцефалия.

Электроэнцефалография в состоянии бодрствования

Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. На фоновой ЭЭГ эпилептиформной активности не отмечено.

Допплерография мозга

Эластичность магистральных артерий головы в норме. Линейная скорость кровотока в пределах нормы.

Учитывая выявленные клинические данные, больной можно поставить диагноз

- оценка сопутствующих заболеваний
- данные психологического обследования
- при диагностике необходима оценка связи приема различных препаратов (особенно психотропных средств, таких как, например, антидепрессанты активирующего действия и нейролептики) с развитием нарушения сна, которые часто назначаются пациентам, особенно пожилого возраста
- оценка хронобиологического стереотипа пациентки
- лабораторные методы исследования
- оценка профессиональной деятельности

Диагноз

Инсомния

Синдром апноэ сна

Парасомния

Гиперсомния

С учетом клинической картины у пациентки отмечается

+ _____ + течение инсомнии

- транзиторное
- острое
- хроническое
- подострое

Для выявленной у пациентки инсомнии характерны

+ _____ + нарушения

- интрасомнические и постсомнические
- пресомнические и интрасомнические
- только постсомнические
- пресомнические и постсомнические

У пациентки отмечается форма инсомнии

- психофизиологическая
- инсомния на фоне нарушения гигиены сна
- адаптационная инсомния
- псевдоинсомния

У данной пациентки для лечения инсомнии с учетом сопутствующих расстройств необходимо использовать

- анксиолитики
- антидепрессанты
- ноотропные средства
- нейролептики

Снотворными средствами для лечения инсомнии у данной пациентки являются препараты из группы

- агонистов бензодиазепиновых рецепторов
- барбитуратов
- бромидов
- бензодиазепинов

С учетом всех особенностей клинической картины нарушения сна у данной пациентки нелекарственным методом лечения, который должен выходить на первый план является

- физиотерапия
- фототерапия
- гигиена сна
- когнитивно-поведенческая психотерапия

С учетом сопутствующих расстройств данной пациентке для улучшения сна следует назначить

- витамины группы В
- антидепрессанты
- нейролептики
- ноотропные средств

Специалистом, которого предпочтительно привлечь в первую очередь для лечения выявленного заболевания у данной пациентки, является

- нейропсихолог
- психолог
- сомнолог
- психиатр

Необходимой мерой, которую нужно применить с учетом факторов, которые спровоцировали расстройство сна является назначение

- нейропсихолог
- психолог
- сомнолог
- психиатр

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет была направлена врачом общей практики на консультацию к врачу-гериатру.

Жалобы

На выраженные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, усиливающиеся после еды и уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед; тошноту; диарею с частотой дефекаций до 5 раз в день с отхождением кала кашицеобразной консистенции с примесью слизи и прожилок крови; повышенное газообразование; урчание в животе.

Анамнез заболевания

В течение 17 лет страдает левосторонним язвенным колитом с ежегодными

обострениями, по поводу которого проводилась курсовая терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты с положительным эффектом. В последние 3 года помимо обычной клинической картины во время обострения заболевания появились боли в верхней половине живота, тошнота, повышенное газообразование. При ЭГДС был выявлен хронический гастродуоденит. После купирования обострений язвенного колита сохранялся учащенный до 3 раз в день плохо смываемый стул кашицеобразной консистенции, повышенное газообразование. Во время последнего обострения язвенного колита 10 месяцев назад на фоне проводившегося лечения преднизолоном в дозе 30 мг/сутки в течение месяца стул нормализовался, боли вверху живота и метеоризм купировались. В течение последних месяцев получала поддерживающую терапию месалазином по 2 г/сутки. Настоящее ухудшение в течение последних 3 недель, когда после нарушения диеты появились вышеперечисленные жалобы. При проведенной амбулаторно колоноскопии в прямой и сигмовидной кишке выявлены множественные точечные эрозии, смазанный сосудистый рисунок и контактная кровоточивость. Начатая терапия месалазином в клизмах и перорально без значимого положительного эффекта, в связи с чем была направлена на консультацию к врачу-гериатру.

Анамнез жизни

- * перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ; в возрасте 57 лет диагностирован аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние, по поводу которого наблюдается у эндокринолога;
- * вредных привычек нет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние относительно удовлетворительное.
- * Рост 164 см, вес 68 кг. Индекс массы тела – $25,3 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 62 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела – $36,6^\circ\text{C}$. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте и ситуации. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.
- * Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 68 уд в мин, АД 120/85 мм рт. ст.
- * Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот симметричный, мягкий, увеличен в объеме за счет метеоризма, выражено болезненный при пальпации в проекции поджелудочной железы, чувствительный при пальпации в левой половине ободочной кишки, слепая кишка урчит при пальпации. Нижний край печени на уровне правой реберной дуги, закруглен, плотно-эластической консистенции, безболезненный, перкуторно размеры печени не увеличены, размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Нижний полюс селезенки не

пальпируется. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул неоформленный (кашицеобразный), до 5 раз в сутки, с примесью слизи и прожилками крови.

Методом выбора инструментальной диагностики заболевания является

- нейropsychолог
- психолог
- сомнолог
- психиатр

Результаты инструментальной диагностики

Мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости (с контрастным усилением)

Печень обычно расположена, не увеличена, структура ее относительно однородна. В SVII сегменте печени имеется киста с тонкими стенками, размерами до 13x19 мм в поперечнике. Очаговых изменений в паренхиме печени не выявлено. Сосуды печени не расширены. Ворота печени структурны. Калибр воротной вены 12 мм. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены, без дефектов наполнения.

Желчный пузырь обычно расположен, с изгибом в области шейки, стенка его до 2 мм. Содержимое пузыря неоднородно повышенной интенсивности, без дефектов наполнения. Холедох прослеживается на всем протяжении, не расширен, диаметр его до 6 мм, заполнен гомогенным содержимым без дефектов наполнения.

Поджелудочная железа визуализируется на всем протяжении, размеры ее диффузно увеличены, головка – 49 мм, тело – 40 мм, хвост – 43 мм, контуры неровные, нечеткие, структура диффузно неоднородна с запоздалым накоплением контраста в виде «ободка», диаметр протока поджелудочной железы увеличен до 4 мм, неоднородный на всем протяжении.

Парапанкреатическая клетчатка структурна.

Селезенка обычно расположена, не увеличена, структура паренхимы ее однородна.

Надпочечники обычного расположения, формы и структуры. Паранефральная клетчатка структурна. Почки обычно расположены, контуры их ровные.

Паренхима почек на уровне средней трети толщиной до 22-32 мм, однородной структуры. Синусы почек не расширены. Мочеточники на исследуемом уровне прослеживаются, не расширены. .

Петли кишечника заполнены неоднородным кишечным содержимым и газом. Видимых участков утолщения стенок кишечника, подозрительных на инфильтративный, объемный процессы в пределах метода на исследуемом уровне не выявляется.

Свободной жидкости и ограниченных жидкостных скоплений в брюшной

полости не выявлено.

Лимфатические узлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не определяются.

Аорта на исследуемом уровне без особенностей.

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровней жидкости в петлях кишечника не прослеживается. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Конкрементов в проекции поджелудочной железы не выявлено. Повышенный пневматоз ободочной кишки.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Розетка кардии смыкается не полностью. Зубчатая линия на уровне пищевода отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи. Складки слизистой средней величины, эластичные, очагово гиперемированы. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её очагово гиперемирована на вершинах складок. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. На слизистой залуковичного отдела белые точечные высыпания («симптом манной крупы») - лимфангиэктазия. Взята биопсия из антрального отдела желудка. Быстрый уреазный тест на *H.pylori* – положительный ({plus}).

УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена, КВР 140 мм, толщина правой доли 120 мм, левой доли 65 мм, паренхима повышенной эхогенности, структура однородная, воротная вена 11 мм. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, размерами 20x75 мм, с изгибом в области шейки, толщина стенки 2 мм; в полости конкрементов не выявлено. Из-за выраженного пневматоза кишечника поджелудочная железа и общий желчный проток плохо визуализируются. В брюшной полости, в сальниковой сумке свободной жидкости не выявлено. Селезенка размерами 70x40 мм, площадь 35 см², однородной структуры, селезеночная вена не расширена диаметром 6 мм.

Наиболее достоверным методом оценки внешнесекреторной функции поджелудочной железы является

- нейropsychолог
- психолог
- сомнолог
- психиатр

Результаты обследования

Определение активности эластазы-1 в кале

Общий анализ кала (копрограмма)

Определение концентрации альфа-1-антитрипсина в кале

Метод количественного определения содержания жира в кале

Коэффициент абсорбции жира – 87% (референсные значения – не менее 92%)

Нарушение углеводного обмена при заболеваниях поджелудочной железы рекомендуется выявлять при помощи

- нейropsychолог
- психолог
- сомнолог
- психиатр

Результаты скринингового метода лабораторной диагностики

Определение концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA1c) в крови

Определение концентрации глюкозы в крови натощак

Определение концентрации глюкозы в моче

Биохимическое исследование крови

Исключить аутоиммунный характер поражения поджелудочной железы позволяет исследование

- нейropsychолог
- психолог
- сомнолог
- психиатр

Результаты обследования

Уровень гаммаглобулинов сыворотки крови

Уровень IgG сыворотки крови

Уровень IgG4 сыворотки крови

Уровень антинуклеарных антител

«Положительно»

Антитела к лактоферрину

«Обнаружено»

Лейкоциты крови

7,8 *10¹² (норма до 9,0)

На основании имеющихся данных наиболее вероятным диагнозом основного заболевания является

- нейropsychолог
- психолог
- сомнолог
- психиатр

Диагноз

Хронический аутоиммунный панкреатит, болевая форма, фаза обострения, с внешнесекреторной и эндокринной недостаточностью, панкреатогенный сахарный диабет. Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, атака средней тяжести

Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, атака средней тяжести. Хронический гастродуоденит, Helicobacter pylori ассоциированный. Недостаточность кардии

Хронический билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, фаза обострения, с внешнесекреторной и эндокринной недостаточностью, панкреатогенный сахарный диабет. Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, атака средней тяжести

Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, левостороннее поражение, атака средней тяжести. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке

Первичная экзокринная недостаточность поджелудочной железы диагностируется на основании выявления + _____ + в кале

- жирных кислот
- нейтрального жира
- повышенного уровня мыл
- сниженного уровня панкреатической эластазы-1

Тактика лечения пациентки предусматривает в дополнение к начатой терапии обострения язвенного колита назначение

- эрадикационной терапии *H. pylori* - инфекции
- месячного курса терапии преднизолоном с последующей постепенной отменой
- 6-ти недельной курсовой антисекреторной и цитопротективной терапии
- курса деконтаминационной терапии кишечными антисептиками, пребиотиками и пробиотиками

Сниженный уровень панкреатической эластазы-1 в кале предполагает необходимость назначения

- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов
- заместительной ферментной терапии «по требованию»
- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- пожизненной заместительной ферментной терапии

При неэффективности ненаркотических анальгетиков в купировании интенсивной абдоминальной боли при обострении хронического панкреатита показано

- назначение курса психотерапии
- назначение опиоидных анальгетиков
- хирургическое лечение
- назначение трициклических антидепрессантов

Препаратами выбора заместительной терапии экзокринной панкреатической недостаточности считают панкреатические ферменты в

- таблетированной форме
- капсулированной форме
- микролетированной и минимикросферической форме
- форме порошка

Сохранение у пациентки болевого абдоминального синдрома на фоне приема стандартных доз панкреатических ферментов предполагает необходимость

- добавления к терапии антацидов

- перехода к высокодозной заместительной ферментной терапии или добавить антисекреторные препараты
- перехода на терапию панкреатическими ферментами, содержащими компоненты желчи и гемицеллюлазу
- пересмотра режима приема ферментных препаратов

Хирургическое лечение болевого абдоминального синдрома при обострении хронического панкреатита показано при неэффективности консервативной терапии в течение

- добавления к терапии антацидов
- перехода к высокодозной заместительной ферментной терапии или добавить антисекреторные препараты
- перехода на терапию панкреатическими ферментами, содержащими компоненты желчи и гемицеллюлазу
- пересмотра режима приема ферментных препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина в возрасте 61 года, служащий, вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на

- * повышение температуры тела до 38°C,
- * потливость,
- * выраженную слабость,
- * снижение аппетита,
- * похудание,
- * головную боль при повышении уровня АД максимально до 160/90 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

В детстве у врачей-специалистов не наблюдался, в развитии от сверстников не отставал, занимался спортом. В 48 лет перенес черепно-мозговую травму (проводилось оперативное лечение), после которой стали отмечаться подъемы АД максимально до 160/100-110 мм рт. ст., с этого времени регулярно принимает комбинированный препарат (рамиприл 5 мг + амлодипин 5 мг) АД на этом фоне в пределах 120-130/90 мм рт. ст. Около 3 месяцев назад отметил повышение температуры тела до 37,0-37,5°C, сопровождающееся слабостью, ломотой в мышцах и суставах. К врачу не обращался. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами с положительным эффектом. Через 2 недели – повторное повышение температуры тела до 37,5°C максимально.

Самостоятельно, согласно инструкции, принимал амоксициллин+клавулоновая кислота 875+125 мг в течение 6 дней с положительным эффектом. Температура нормализовалась, самочувствие улучшилось. Через 10 дней вновь повышение температуры до 38°C, сопровождающееся выраженной слабостью, болью и

припуханием суставов. В связи с сохраняющейся лихорадкой вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Образование среднее специальное.
- * Не работает.
- * Наследственность: мать умерла в 65 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК.
- * Отец – умер в возрасте 75 лет – рак желудка.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Вредные привычки: курит по ½ пачки в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ослабление 2 тона над аортой, выслушивается протодиастолический шум. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 150/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка перкуторно не увеличена. Симптом поколачивания отрицателен. Щитовидная железа не изменена.

К лабораторным методам, необходимым для постановки диагноза, относят

- добавления к терапии антацидов
- перехода к высокодозной заместительной ферментной терапии или добавить антисекреторные препараты
- перехода на терапию панкреатическими ферментами, содержащими компоненты желчи и гемицеллюлазу
- пересмотра режима приема ферментных препаратов

Результаты обследования

Общий анализ крови

[cols="25%,^25%,^25% "]

|=====

| СОЭ по Вестергрену | 84 мм/час | 2-20

| концентрация гемоглобина (HGB) | 103 г/л | 112~153

| количество эритроциты (RBC) | 3.72 10¹²/л | 3.80~5.15

| ретикулоциты | 24.00 промилле | 2.00~10.00

| количество тромбоцитов (PLT) | 364 10⁹/л | 150~375

| количество лейкоциты (WBC) | 8.40 10⁹/л | 3.40~10.80

|=====

Общий анализ мочи

Ан. Мочи: +

Цвет: «мясных помоев» +

Прозрачность: мутная +

Относительная плотность: 1030 +

Белок: 2 г/л +
Эритроциты 20 в п/зр +
Лейкоциты до 4 в п/зр +
Кетоновые тела – не обнаружены +
Глюкоза – не обнаружена +
Цилиндры – эритроцитарные 5-6 в поле зр.

Посевы крови (не менее двух)

Посевы крови трехкратные с интервалом в 48 ч:

Заключение: во всех посевах крови выявлен рост *Streptococcus viridans*.

Определение глюкозы крови

Глюкоза крови 5,6 ммоль/л

Определение АСТ, АЛТ, КФК

АСТ 31 ЕД

АЛТ 22 ЕД

КФК 54 ЕД

Определение липидного профиля

Общий ХС 5,96 ммоль/л

ЛПНП 4,22 ммоль/л

ЛПВП 1,14 ммоль/л

ТГ 0,6 ммоль/л

К инструментальным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся

- добавления к терапии антацидов
- перехода к высокодозной заместительной ферментной терапии или добавить антисекреторные препараты
- перехода на терапию панкреатическими ферментами, содержащими компоненты желчи и гемицеллюлазу
- пересмотра режима приема ферментных препаратов

Результаты обследования

Эхокардиография

Эхокардиография трансторакальная:

Полость левого желудочка: КДР 6,6 см, КДО 150 мл, КСО 100 мл (по Simpson).

Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,1 см (N до 1 см); ЗС 1,2 см (N до 1,1 см).

Глобальная сократительная функция ЛЖ снижена: ФВ=48% (N от 55%).

Нарушения локальной сократимости не выявлено. Полость правого желудочка: 3,4 (N до 2,6 см). Аортальный клапан: регургитация 2-3 степени, на полулунных створках аортального клапана определяется эхопозитивное подвижное образование размерами 15×8 мм, пролабирующее в выходной тракт ЛЖ, имеется второе эхопозитивное образование со стороны выходящего тракта, фиксированное к фиброзному кольцу аортального клапана.

Заключение: эхокардиографические признаки вегетаций аортального клапана с развитием аортальной регургитации 2-3 степени.

Рентгенография органов грудной клетки

Множественные инфильтраты в легких в результате септических эмболий.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

УЗИ признаков патологии органов брюшной полости не выявлено.

Спирография

Функция внешнего дыхания не нарушена.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Патология не выявлена.

Наличие больших критериев у пациента свидетельствуют о диагнозе

- добавления к терапии антацидов
- перехода к высокодозной заместительной ферментной терапии или добавить антисекреторные препараты
- перехода на терапию панкреатическими ферментами, содержащими компоненты желчи и гемицеллюлазу
- пересмотра режима приема ферментных препаратов

Диагноз

Инфекционный эндокардит

Миокардит

Кардиомиопатия

Перикардит

По характеру течения у пациента отмечаются признаки инфекционного эндокардита

- в стадии рецидива
- острого
- в стадии ремиссии
- подострого

Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии

- Lown
- Duke
- NYHA
- Killip

Наиболее важным методом диагностики инфекционного эндокардита является

- сцинтиграфия миокарда
- коронарография

- эхокардиография
- электрокардиография

При подозрении на инфекционный эндокардит в случае отсутствия характерных признаков по данным трансторакальной эхокардиографии больным необходимо провести

- магнитно-резонансную томографию
- коронарографию
- чреспищеводную эхокардиографию
- сцинтиграфию миокарда

Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите проводится не менее + ___ + недель

- 1
- 3
- 4
- 10

Экстренное оперативное вмешательство рекомендуется пациентам с инфекционным эндокардитом при

- достигнутом эффекте от антибактериальной терапии
- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)
- позднем установлении диагноза
- уменьшении числа вегетаций

Период реабилитации с возможностью возобновления трудовой деятельности составляет минимум

- 1 неделю
- 2 недели
- 2 месяца
- 1 месяц

В период реабилитации обязательно проводится

- антибактериальная терапия
- физиотерапия и ЛФК
- противовоспалительная терапия
- терапия непрямыми антикоагулянтами

К группе риска по развитию инфекционного эндокардита следует относить

- антибактериальная терапия
- физиотерапия и ЛФК
- противовоспалительная терапия

- терапия непрямыми антикоагулянтами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В консультативно-диагностическое отделение обратилась пациентка 68 лет.

Жалобы

на

- * боли с подошвенной стороны области пятки правой конечности,
- * затруднение опоры на эту конечность.

Анамнез заболевания

Со слов больной, вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних 5 месяцев. Наиболее выражен болевой синдром утром после подъема с кровати и в конце дня после длительной ходьбы.

Анамнез жизни

- * Страдает: ИБС стенокардией напряжения, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа;
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * Профессиональных вредностей не имела;
- * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Местный статус

Правая стопа без видимых изменений. Целостность кожных покровов не нарушена, кожные покровы обычной окраски и влажности. При пальпации отмечается резкая болезненность с подошвенной стороны без иррадиации, особенно выражен болевой синдром по ходу подошвенного апоневроза. Активные и пассивные движения стопой не ограничены, безболезненны. Нейроциркуляторных расстройств в стопе не отмечается. Левая стопа – без видимых изменений, отсутствует болезненность при пальпации.

Приоритетным инструментальным методом исследования в данной ситуации будет

- антибактериальная терапия
- физиотерапия и ЛФК
- противовоспалительная терапия
- терапия непрямыми антикоагулянтами

Результаты обследования

Рентгенография пяточной кости обеих стоп в боковой проекции

Представлена рентгенография правой стопы. При рентгенографии левой стопы патология не выявлена.

Магниторезонансная томография стоп

Заключение: на представленных томограммах - справа имеются признаки отека, склероза подошвенного апоневроза с формированием шпоры в месте прикрепления к пяточному бугру.

Плантография

Заключение: признаки плоскостопия.

Сцинтиграфия с солями технеция

Заключение: характер распределения препарата не позволяет исключить формирование пяточной шпоры

В анамнезе у пациентки отмечался болевой синдром по ходу подошвенного апоневроза. Дополнительным методом инструментальной диагностики позволяющим выявить подошвенный фасциит будет

- сцинтиграфия с солями технеция
- ультразвуковое исследование
- рентгеновская компьютерная томография
- магнитно-резонансная томографии

С учетом выявленных изменений, боль у данной пациентки в течение дня будет иметь особенности

- «стартовая боль», после сна, вставания с постели
- боль нарастает к середине дня
- болевой синдром сохраняется в течение всего дня, не меняясь
- боль всегда нарастает к концу дня

Основным predisposing фактором для развития пяточной шпоры у данной пациентки будет

- продольное плоскостопие
- избыточная масса тела
- подагра
- нарушение водного и солевого обмена в организме

При пяточной шпоре поражаются

- зон сухожилий малоберцовых мышц
- мягкие ткани пяточного бугра в месте прикрепления подошвенного апоневроза
- таранно-пяточный сустав
- зона прикрепления ахиллова сухожилия

Разгрузку болезненного отдела стопы обеспечивают/обеспечивает

- стельки с супинаторами
- ортез для голеностопного сустава с силиконовым вкладышем под ахиллово сухожилие
- хождение с тростью
- подпяточники с мягким силиконовым вкладышем в проекции шпоры

В остром периоде наиболее эффективны

- спазмолитики
- короткие курсы перорального приема глюкокортикостероидов в малой дозировке
- антигистаминные препараты
- нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в виде гелей и мазей

Методом выбора физиотерапевтического воздействия у данной пациентки является

- экстракорпоральная ударно-волновая терапия (УВТ)
- высокоинтенсивная лазеротерапия
- фонофорез с гидрокортизоном
- магнитотерапия

Противопоказаниями к УВТ будут

- наличие имплантатов в стопе
- инфаркт миокарда в анамнезе
- онкологические заболевания в зоне проведения процедуры
- подагра

Какой еще эффективный метод лечения пяточной шпоры существует

- магнитотерапия
- высокоинтенсивная лазеротерапия
- локальная инъекция анестетика
- массаж

Хирургическое лечение пяточной шпоры

- применяется при выраженном болевом синдроме
- применяется только при неэффективности консервативного лечения в течение 6 месяцев
- не применяется
- применяется при наличии противопоказаний к УВТ

К возможной причине возникновения пяточной шпоры у пациентов относят

- применяется при выраженном болевом синдроме
- применяется только при неэффективности консервативного лечения в течение 6 месяцев
- не применяется
- применяется при наличии противопоказаний к УВТ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Жалобы

на

- * эпизод резкой слабости ,
- * затем, внезапную потерю сознания.

Анамнез заболевания

В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления максимально до 170/70 мм рт. ст. На фоне приема гипотензивной терапии (принимает телмисартан 80 мг, небиволол 5 мг) артериальное давление стабилизировалось на цифрах 120-130/60 мм рт. ст. Ранее эпизодов потери сознания не отмечалось. Со слов пациентки, ранее при электрокардиографии регистрировались нарушения проводимости. При измерении артериального давления электронным тонометром зарегистрированы показатели: 100/60 мм рт. ст., пульс 35 в мин. Пациентка вызвала бригаду скорой помощи, на электрокардиограмме: атриовентрикулярная блокада II степени, Мобитц 2.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работала музыкальным руководителем в детском саду.
- * Перенесённые заболевания: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, ремиссия 10 лет.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Аллергоанамнез: аллергия на антибиотики пенициллинового ряда (крапивница).
- * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние пациентки средней тяжести. Вес 82 кг, рост 165 см. ИМТ 30,1 кг/м². Температура тела 36,6°C. Кожные покровы нормальной окраски и влажности, чистые. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 36/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К лабораторным методам необходимым для установления диагноза относят

- применяется при выраженном болевом синдроме
- применяется только при неэффективности консервативного лечения в течение 6 месяцев

- не применяется
- применяется при наличии противопоказаний к УВТ

Результаты обследования

Уровень тиреотропного гормона

ТТГ 6,8 мМЕ/л (норма 4 - 10 мМЕ/л)

Глюкоза крови

5,2 ммоль/л (норма 3,3-5,5 ммоль/л)

Анализ крови на D-димер

126 нг/мл (норма менее 243 нг/мл)

Калий и натрий сыворотки крови

Калий 4,2 (норма 3,5 до 5,2 ммоль/л), натрий 139 (норма 134-150 ммоль/л)

Антинуклеарный фактор

1:80 (норма титр не более 1:160)

Уровень С-реактивного белка

2,9 мг/л (норма до 5,0)

К инструментальным методам, необходимым для установления диагноза, относят

- применяется при выраженном болевом синдроме
- применяется только при неэффективности консервативного лечения в течение 6 месяцев
- не применяется
- применяется при наличии противопоказаний к УВТ

Результаты обследования

Электрокардиограмма в 12 отведениях

На электрокардиограмме регистрируется синусовый ритм с ЧСС 34 в мин. атриовентрикулярная блокада 2 степени Мобитц 2 с проведением 2:1.

Длительное мониторирование электрокардиографии

Велоэргометрия

Заключение: толерантность к нагрузке средняя. Признаки скрытой коронарной недостаточности не выявлены.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Заключение: Суммарный объем - 8,62 см³. Эхо-признаки диффузных изменений щитовидной железы.

Сцинтиграфия почек

Заключение: Объем и скорость кровотока в пределах нормы. Нарушений уродинамики нет с обеих сторон.

Основным диагнозом, определяющим в настоящее время тяжесть состояния больной, является

- применяется при выраженном болевом синдроме
- применяется только при неэффективности консервативного лечения в течение 6 месяцев
- не применяется
- применяется при наличии противопоказаний к УВТ

Диагноз

**Атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц 2, переходящая.
Атриовентрикулярная блокада III степени**

Синдром слабости синусового узла

Неспецифическая внутрижелудочковая блокада

Предсердная тахикардия с дополнительным путем проведения

Атриовентрикулярная блокада, вероятнее всего, является осложнением

- ишемической болезни сердца
- ожирения
- гипертонического криза
- психоэмоционального напряжения

Внешней причиной развития брадиаритмии у пациентки является

- гиперчувствительность каротидного синуса
- ятрогенное влияние на атриовентрикулярное проведение
- гипотиреоз
- пароксизм наджелудочковой тахикардии

Лечебная тактика у данной пациентки предполагает

- отмену бета-блокаторов
- имплантацию постоянного электрокардиостимулятора
- назначение другого препарата из группы бета-блокаторов
- проведение электрической кардиоверсии

Для выявления возможных структурных изменений сердца приоритетным исследованием будет

- скintiграфия миокарда с нагрузкой
- эхокардиография
- рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
- магнитно-резонансная томография сердца

В качестве гипотензивного препарата вместо небиволола могут быть рекомендованы

- антагонисты имидазолиновых рецепторов
- недигидропиридиновые антагонисты кальция
- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- сердечные гликозиды

При сохранении эпизодов атриовентрикулярной блокады после отмены бета-блокаторов показана

- сердечная ресинхронизирующая терапия
- операция «Лабиринт»
- имплантация постоянного кардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Симптоматическая брадикардия это документированная брадикардия при которой у пациента помимо обмороков или предобморочных состояний наблюдаются

- преходящие головокружения или слабость
- перебои в работе сердца
- загрудинные боли
- затруднённое дыхание

Рекомендуется проведение электрокардиографии с физической нагрузкой для оценки

- предсердно-желудочковой блокады
- блокады правой ножки пучка Гиса
- блокады левой ножки пучка Гиса
- дисфункции синусового узла

Пациентам с двухкамерными электрокардиостимуляторами тестирование работы ЭКС должно быть выполнено + _____ + в первые полгода, затем

- предсердно-желудочковой блокады
- блокады правой ножки пучка Гиса
- блокады левой ножки пучка Гиса
- дисфункции синусового узла

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет обратился к урологу.

Жалобы

на мочеиспускание вялой струей мочи.

Анамнез заболевания

Вышеописанные симптомы в течение последнего года, ранее к урологу не обращался.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергических реакций не было
- * отец умер от заболевания предстательной железы, мать страдает ИБС, артериальной гипертонией.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 87 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пальцевое ректальное исследование (ПРИ): простата в размерах увеличена, туго-эластической консистенции, срединная бороздка сглажена, безболезненная, слизистая прямой кишки над железой подвижная.

Необходимым для лабораторной диагностики заболевания является определение онкомаркера крови

- предсердно-желудочковой блокады
- блокады правой ножки пучка Гиса
- блокады левой ножки пучка Гиса
- дисфункции синусового узла

Результаты обследования

Простатоспецифический антиген (ПСА)

ПСА 6,2 нг/мл (норма до 3,5)

Альфа-фетопротеин (АФП)

2,7 ме/мл (норма до 7)

Раково-эмбриональный антиген (РЭА)

1 нг/мл (норма до 5)

Раковый антиген 125 (СА 125)

2 ед/мл (норма до 35)

Возрастной нормой ПСА для данного пациента, является уровень (В нг/мл)

- 6,5 – 9,5
- 0 – 3,5
- 3,5 - 5,5
- 4,5 – 6,5

При подозрении на развитие рака предстательной железы методами базисной диагностики являются

- определение ПСА в сыворотке крови

- соноэластография
- гистосканинг
- пальцевое ректальное исследование (ПРИ)
- трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) малого таза
- КТ органов малого таза с контрастным усилением

Стандартной методикой верификации диагноза является выполнение
 + _____ + **предстательной железы**

- трансуретральной биопсии
- энуклеации
- трансперинеальной биопсии
- трансректальной биопсии

При подготовке больного к биопсии предстательной железы необходимо назначение

- мочегонных
- нестероидных противовоспалительных средств
- антибиотиков
- спазмолитиков

По данным биопсии у пациента в 3 столбиках из 12 имеются очаги мелкоацинарной аденокарциномы предстательной железы в левой доле 3+3 баллов по Глиссону. Морфологическим заключением будет диагноз

- мочегонных
- нестероидных противовоспалительных средств
- антибиотиков
- спазмолитиков

Диагноз

pT2aNoMo

pT1aNoM1

pT3bN2Mo

pT2cNoM1

По данным биопсии у пациента в 3 столбиках из 12 имеются очаги мелкоацинарной аденокарциномы предстательной железы в левой доле 3+3 баллов по Глиссону. Учитывая данные клинической картины и результатов исследования данному пациенту предпочтительно выполнить

- иммунотерапию
- химиотерапию

- хирургическое вмешательство
- гормонотерапию

Объем хирургического вмешательства у данного пациента заключается в выполнении

- трансуретральной резекции предстательной железы
- орхидэктомии
- радикальной простатэктомии
- открытой аденомэктомии

Пациентам с выраженной интеркуррентной патологией рекомендовано

- срочная химиотерапия
- немедленная лучевая терапия
- тщательное наблюдение (отсроченное лечение)
- безотлагательная гормонотерапия

Симптомами инфравезикальной обструкции будут

- боль в надлобковой области и промежности
- ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
- недержание мочи
- гематурия

При появлении болей в костях у пациентов с раком предстательной железы (РПЖ) приоритетным методом диагностики будет

- денситометрия
- сцинтиграфия скелета
- магнитно-резонансная томография
- позитронно-эмиссионная томография

После радикальной простатэктомии определение уровня ПСА рекомендуется

- денситометрия
- сцинтиграфия скелета
- магнитно-резонансная томография
- позитронно-эмиссионная томография

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 90 лет находился в гериатрическом отделении стационара.

Жалобы

На кашель с выделением скудной мокроты желтого цвета, одышку, повышение температуры тела до 37,9°C, боли в подлопаточной области справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, боли в коленных суставах, отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Длительное время страдает хроническим бронхитом, не системно пользуется ингаляторами (название не помнит), делает ингаляции с лазольваном через небулайзер для лучшего отхождения мокроты, длительность и кратность не известны. Ухудшение самочувствия после переохлаждения на прогулке три дня назад, когда появилась одышка, боли под лопатками, кашель с трудно отделяемой мокротой желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 37,9°C.

Анамнез жизни

* Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4

* ИБС: Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, брадиаритмия. В 2011 году установлен ЭКС.

* сахарный диабет 2 типа

* стаж курения 20 лет, не курит с 1977 г., алкоголем не злоупотребляет

* работал сварщиком

* аллергических реакций не было

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Рост 155 см, масса тела 46 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней.

* Имеется деформация (без дефигурации) обоих коленных суставов.

* Система органов дыхания: грудная клетка бочкообразная. При перкуссии - звук коробочный. Дыхание жёсткое, в межлопаточной области выслушиваются сухие свистящие хрипы, больше слева, ЧДД 19 в 1 мин.

* Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена. Границы сердца: левая – по левой среднеключичной линии, правая – правый край грудины, верхняя - 3-е ребро. Тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 60 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст.

* Система пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

* Система мочевыделения: область почек не изменена, мочеиспускание свободное, учащенное, безболезненное, контролирует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

* Неврологический статус: больной контактен, ориентирован в пространстве и времени.

В данной клинической ситуации больному необходимо провести обследование, включающее

- денситометрия
- сцинтиграфия скелета
- магнитно-резонансная томография

- позитронно-эмиссионная томография

Результаты обследования

Спирометрия

Заключение: выявляется обструктивный тип нарушения вентиляции.

Обструкция генерализованная значительная.

Бронходилатационный тест

Бронходилатационный тест с β 2-агонистом

|=====

^| ОФВ1 ^| 0,90 л ^| 57% ^| КБД = 9,75%

|=====

Электрокардиография

Заключение: Ритм ЭКС VVI с частотой стимуляции 59 импульсов в минуту

Пульсоксиметрия

Степень насыщения артериальной крови кислородом SpO₂ ~ 89%

Рентгенография органов грудной клетки

В легких венозное полнокровие, пневмосклероз, эмфизема. Подчеркнуты междолевые плевральные листки. Корни расширена, неструктурные. Синусы неглубокие. Тень сердца расширена в обе стороны. ЭКС справа. Дуга аорты уплотнена.

Бодиплетизмография

Исследование не проводилось в связи с отсутствием необходимого оборудования

Дополнительным методом обследования, необходимым в данной ситуации является

- денситометрия
- сцинтиграфия скелета
- магнитно-резонансная томография
- позитронно-эмиссионная томография

Результаты обследования

Исследование газов артериальной крови

PaO₂ - 54 мм рт.ст. (N: 80 – 95 мм рт. ст.)

PaCO₂ - 41 мм рт.ст. (N: 35 – 45 мм рт. ст.)

pH - 7,42 (N: 7,35 – 7,45)

Суточное мониторирование ЭКГ

Работа ЭКС VVI в постоянном режиме

Суточное мониторирование АД

|=====

^h| Показатель ^h| Результат ^h| Норма

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. ^| 155 ^| <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. ^| 119 ^| <120

| Ночное снижение САД, % ^| 16 ^| 10–22
| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. ^| 74 ^| <80
| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. ^| 71 ^| <70
| Ночное снижение ДАД, % ^| 15 ^| 10–22
|====

Спироэргометрия

Не проведена, т.к. у больного выявлены признаки дыхательной недостаточности
В данной клинической ситуации больному необходимо провести лабораторное обследование, включающее

- денситометрия
- сцинтиграфия скелета
- магнитно-резонансная томография
- позитронно-эмиссионная томография

Результаты обследования

Определение уровня С-реактивного белка

С-реактивный белок 20,0 мг/л (N: 0 – 6,0 мг/л)

Бактериологический анализ мокроты

Определение уровня α 1-антитрипсина в крови

Не проводился, только для лиц моложе 45 лет

Определение в крови уровня общего холестерина и его фракций

Общий холестерин 4,5 ммоль/л (N<5,0) +

ЛПВП 1,2 ммоль/л (N>1,0) +

ЛПНП 2,5 ммоль/л (N<3,0) +

Триглицериды 1,7 ммоль/л (N<1,7)

Бактериологическое исследование крови на гемокультуру

Из исследуемого материала микроорганизмы не выделены

Исследование уровня прокальцитонина

0,12 нг/мл (N: менее 0,05 нг/мл)

Выявленные при спирометрии изменения показателей соответствуют

+ _____ + степени обструкции

- средне-тяжелой
- тяжелой
- легкой
- крайне тяжелой

Обструкция средне-тяжелой степени соответствует + _____ + стадии ХОБЛ

- III
- I
- IV

- II

Согласно спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ: крайне тяжелой степени тяжести соответствуют показатели ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 (70%)

- $ОФВ1 \geq 80\%$
- $50\% \leq ОФВ1 < 80\%$
- $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$
- $30\% < ОФВ1$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

По спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ помимо ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 (70%); тяжелой степени тяжести соответствуют показатели

- ОФВ1, % от должного - $50\% \leq ОФВ1 < 80\%$
- $30\% < ОФВ1, \%$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
- ОФВ1, % от должного - $ОФВ1 \geq 80\%$
- $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$

По спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ лёгкой степени тяжести соответствуют показатели

- $50\% \leq ОФВ1 < 80\%$
- $ОФВ1 \geq 80\%$
- $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$
- $30\% < ОФВ1, \%$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

Абсолютными показаниями для длительной кислородотерапии является

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт.ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$

При наличии легочного сердца, отеков, полицитемии ($Ht > 55\%$) длительную кислородотерапию рекомендовано начинать при следующих показателях

- $PaO_{2\sim} \leq 52$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \leq 85\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$

При десатурации при нагрузке/ десатурации во время сна/ болезни легких с тяжелым диспное, уменьшающимся на фоне O₂ длительную кислородотерапию рекомендовано начинать при следующих показателях

- PaO₂ ≥ 60 мм рт. ст.; SpO₂ ≥ 90%
- 55 ≤ PaO₂ ≤ 59 мм рт. ст.; SpO₂ = 89%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст.; SpO₂ ≥ 88%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст.; SpO₂ ≤ 88%

Лечение обострений ХОБЛ включает назначение

- PaO₂ ≥ 60 мм рт. ст.; SpO₂ ≥ 90%
- 55 ≤ PaO₂ ≤ 59 мм рт. ст.; SpO₂ = 89%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст.; SpO₂ ≥ 88%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст.; SpO₂ ≤ 88%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина в возрасте 61 года обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

на

- * кожный зуд;
- * сухость и желтушность кожных покровов;
- * выраженную утомляемость;
- * слабость;
- * тянущие боли в правом подреберье;
- * повышенное газообразование;
- * неоформленный (кашицеобразный) стул 2-3 раза в день;
- * тянущие боли в крупных суставах в вечерние и ночные часы;
- * нарушение сна.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда впервые отметила появление непостоянного кожного зуда, усиливающегося к вечеру и тяжесть в правом подреберье. По поводу кожного зуда обращалась к дерматологу, которым эти симптомы расценены как проявления аллергического дерматита. На назначенную дерматологом терапию стойкого положительного эффекта не отметила. В течение последних 2 лет кожный зуд сохранялся, стали появляться периодические тянущие боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, тошнота, послабление стула, эпизодические боли в пояснице, общая слабость. Будучи медицинским работником (работает врачом-физиотерапевтом) расценила их как симптомы дискинезии желчевыводящих путей, по поводу чего самостоятельно принимала но-шпу, эссенциале с незначительным эффектом. В течение последнего месяца стала отмечать усиление кожного зуда, обратила внимание на потемнение мочи, осветление неоформленного (кашицеобразного)

кала, желтушность склер и кожных покровов, что и послужило поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ; 4 года назад диагностирован аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние;

* вредные привычки: курение, злоупотребление алкогольными напитками, прием наркотиков отрицает;

* заболевание острыми гепатитами отрицает, переливаний крови не проводилось; лекарств постоянно не принимает; наследственный анамнез не отягощен;

* профессиональных вредностей не имела;

* аллергоанамнез – аллергические реакции по типу «крапивницы» на препараты пенициллинового ряда.

Объективный статус

* Состояние средней тяжести.

* Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Рост 159 см, вес 62 кг. Индекс массы тела – $24,5 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 82 см.

Склеры и видимые слизистые иктеричны. Кожные покровы сухие, желтушные, со следами расчесов, на веках ксантелазмы, гиперпигментация век, пальмарная эритема. Температура тела – $36,7^\circ\text{C}$. Область суставов не изменена, движения в полном объеме. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Отеков нет. Ориентируется во времени, месте, ситуации, заторможена.

Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.

* Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, на верхушке сердца 1 тон ослаблен, ЧСС – 96 ударов в мин., АД – 120/70 мм рт. ст.

* Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, увеличен в объеме, отмечается притупление перкуторного звука в боковых отделах (асцит), при пальпации умеренно болезненный по ходу ободочной кишки, урчит. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии на 4 см, край печени плотный, закругленный, безболезненный. Нижний полюс селезенки выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край её плотный, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, дизурии нет.

Необходимыми для постановки диагноза исследованиями являются

- $\text{PaO}_2 \geq 60 \text{ мм рт. ст.}; \text{SpO}_2 \geq 90\%$
- $55 \leq \text{PaO}_2 \leq 59 \text{ мм рт. ст.}; \text{SpO}_2 = 89\%$
- $\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ мм рт. ст.}; \text{SpO}_2 \geq 88\%$

- РаО₂ ≤ 55 мм рт. ст.; SpO₂ ≤ 88%

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

Размеры печени увеличены, толщина правой доли до 172 мм (норма до 140 мм), левой доли 90 мм (норма до 70 мм), структура диффузно неоднородна, мелкие участки повышенной эхогенности. Контуры неровные, четкие, местами уплотнены. Диаметр воротной вены составляет 16 мм (норма до 15 мм). Диаметр холедоха – 3 мм. Желчный пузырь не увеличен, размерами 20x70 мм, толщина стенки не увеличена – 2 мм; в полости конкрементов не выявлено. Размеры поджелудочной железы не увеличены: головка 25 мм, тело 11 мм, хвост 15 мм, контуры ровные, четкие, уплотнены, структура средней эхогенности, однородная. Вирсунгов проток не расширен (2 мм). Селезенка размерами 80x50 мм, площадь 70 см² (норма до 55 см²), контуры ровные, четкие, однородной структуры, диаметр селезеночной вены 9 мм (норма до 8 мм). В брюшной полости лоцируется свободная жидкость. Почки расположены в обычном месте, конкрементов нет, чашечно-лоханочная система не расширена.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена, вены нижней трети пищевода расширены с формированием единичных выступающих в просвет пищевода узлов. Розетка кардии смыкается полностью. Зубчатая линия на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи. Складки слизистой оболочки желудка обычного калибра, эластичные, слизистая антрального отдела желудка истончена, прослеживается сосудистый рисунок. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её бледно-розового цвета. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. Заключение: варикозно расширенные вены пищевода II степени.

Диагностический абдоминальный парацентез с цитологическим и биохимическим исследованием асцитической жидкости

Клинический анализ крови

Общий анализ мочи

Колонофиброскопия

Колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет толстой кишки сохранен на всем протяжении, складки обычной высоты. Слизистая оболочки толстой

кишки во всех отделах гладкая, блестящая, розового цвета, сосудистый рисунок четкий, мелковетвистый, полипов, изъязвлений, контактной кровоточивости слизистой оболочки не выявлено.

Необходимыми для постановки диагноза методами лабораторной диагностики являются

- $PaO_{2} \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_{2} \geq 90\%$
- $55 \leq PaO_{2} \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_{2} = 89\%$
- $PaO_{2} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2} \geq 88\%$
- $PaO_{2} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2} \leq 88\%$

Результаты обследования

Биохимическое исследование крови

Серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

Коагулограмма

Исследование белковых фракций сыворотки крови

Серологическое исследование крови на антимитохондриальные антитела (AMA)

Фекальный кальпротектин

Чтобы исключить первичную (абсолютную) экзокринную панкреатическую недостаточность, как причину изменения характера стула, необходимо провести

- $PaO_{2} \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_{2} \geq 90\%$
- $55 \leq PaO_{2} \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_{2} = 89\%$
- $PaO_{2} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2} \geq 88\%$
- $PaO_{2} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2} \leq 88\%$

Результаты обследования

Исследование активности эластазы-1 в кале

Общий анализ кала (копрограмма)

Исследование концентрации альфа-1-антитрипсина в кале

Количественное определение содержания жира в кале

Коэффициент абсорбции жира – 90% (референсные значения – не менее 92%)

На основании данных обследования может быть поставлен следующий диагноз

- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$

Диагноз

Основное заболевание: Первичный билиарный цирроз печени 4 стадии, класс С по Чайлд – Пью (10 баллов). Портальная гипертензия 2 стадии. Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии.

Сопутствующие заболевания: Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние

Основное заболевание: Первичный билиарный цирроз печени 3 стадии, класс А по Чайлд – Пью (5 баллов). Портальная гипертензия 1 стадии.

Сопутствующие заболевания: Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние

Основное заболевание: Криптогенный цирроз печени, класс С по Чайлд – Пью (10 баллов). Портальная гипертензия 2 стадии. Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии.

Сопутствующие заболевания: Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние

Основное заболевание: Неалкогольная жировая болезнь печени: хронический стеатогепатит, умеренной степени активности с интралобулярным холестазом.

Сопутствующие заболевания: Дисбиоз кишечника. Аутоиммунный

тиреодит, эутиреоидное состояние

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) характерно для синдрома

- печеночно-клеточной недостаточности
- иммунного воспаления
- цитолиза
- холестаза

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы характерно для синдрома

- холестаза
- иммунного воспаления
- цитолиза
- печеночно-клеточной недостаточности

Препаратом выбора терапии данного заболевания является

- силимарин
- урсодезоксихолевая кислота
- будесонид
- колхицин

С целью купирования кожного зуда при данном заболевании используют

- октаэдрический смектит
- лактулозу
- рифампицин
- активированный уголь

Консервативная терапия ненапряженного асцита при данном заболевании включает назначение

- фуросемида в начальной дозе 80 мг/сутки
- спиронолактона в начальной дозе 50-200 мг/сутки
- спиронолактона в начальной дозе 300 мг/сутки
- спиронолактона в начальной дозе 400 мг/сутки

Для купирования болей в суставах пациентке показано назначение

- холекальциферола (витамин D~3~) и препаратов кальция
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- курсовой физиотерапии на пораженные суставы
- хондропротекторов длительными курсами

С целью усиления метаболизма аммиака при лечении печеночной энцефалопатии показано назначение

- L-орнитин-L-аспартата
- неомицина
- лактулозы
- рифаксимина

Оптимальная тактика ведения при резистентном асците и других осложнениях терминальной стадии данного заболевания предполагает

- L-орнитин-L-аспартата
- неомицина
- лактулозы
- рифаксимина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 82 лет поступила в ортопедическое отделение больницы.

Жалобы

на

- * постоянные боли, не купирующиеся приемом диклофенака,
- * ограничение объёма движений в левом тазобедренном суставе,
- * неопорность и укорочение левой нижней конечности.

Анамнез заболевания

Травма произошла на улице, когда пациентка упала с высоты собственного роста, самостоятельно дошла до дома. В связи с выраженным болевым синдромом, ограничением объёма движений в левом тазобедренном суставе, вызвала бригаду СМП, рекомендовано консервативное лечение в условиях дома. В связи с сохранением болевого синдрома, выраженным снижением функционального статуса, пациентка спустя три месяца обратилась в поликлинику по месту жительства, выполнена рентгенография тазобедренного сустава. Рекомендована консультация ортопеда для определения тактики дальнейшего лечения.

Анамнез жизни

Длительное время отмечает повышение АД с мах до 160/80 мм рт. ст.

Принимает периндоприл 10 мг утром, амлодипин 5 мг вечер, гидрохлортиазид 12,5 мг утром – на фоне данной гипотензивной терапии отмечает эпизоды снижения АД до 100/60 мм рт. ст.

Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка.

ОИМ, ОНМК отрицает. Менопауза в 43 года. Б 2 Р 1.

Социальный статус: образование высшее. Проживает одна на 5 этаже. Есть лифт. Вдова, есть дочь проживает отдельно. Испытывает трудности в самообслуживании и передвижении после травмы. Прекратила выходить из дома. Появился страх повторного падения.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Ориентирована в месте, времени, пространстве и собственной личности. Пациентка доставлена на сидячей каталке.

Самостоятельно не встает. Температура тела 36,6°C. Рост 154 см. Вес 85 кг.

ИМТ 35 кг/м². Телосложение гиперстеник. Кожные покровы физиологичные, пастозность голеней, стоп. Аускультативно: в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 в мин. Рс 68 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Печень у края правой реберной дуги. Живот обычной формы мягкий, безболезненный. Склонность к запорам. Недержание мочи.

Местный статус: в области левого тазобедренного сустава отека нет.

Деформация. Пальпация в проекции большого вертела слева болезненна с иррадиацией в пах. Движения в левом тазобедренном суставе (пассивные): сгибание 100 градусов, разгибание 0 градусов, ротация наружная 25, ротация внутренняя 10, отведение 20 градусов, приведение 10 градусов, сопровождаются хрустом, болевым синдромом в крайних положениях. Левая нижняя конечность укорочена на 3,5 см по сравнению с правой нижней конечностью. Симптом "прилипшей пятки" слева положительный, определяется наружная ротация левой нижней конечности. Сосудистый пульс на a.dorsalis pedis сохранен с обеих сторон. Пальцы стоп теплые. Сосудистых и неврологических расстройств в стопах не выявлено.

Результаты комплексной гериатрической оценки (КГО): шкала «Возраст не помеха» - 4 балла. Индекс активности в повседневной жизни (Бартел) – 65 баллов. Инструментальная активность (Лоутон) – 5 баллов. Краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов. Ортостатическая проба – положительная. Скорость ходьбы – 0,26 м/с. Тест «встань и иди» - 35 сек. Тест Mini-Cog 4 балла. Тест рисования часов 9 баллов. Краткая шкала оценки питания (MNA) – 24 балла. Гериатрическая шкала депрессии 6 баллов. Шкала Нортон 11 баллов. ВАШ 6 баллов. Сенсорные дефициты – снижение слуха.

По данным рентгенографии левого тазобедренного сустава:

Для оценки функциональной активности у пациентов пожилого и старческого возраста в предоперационном периоде применяют шкалы

- L-орнитин-L-аспартата
- неомицина
- лактулозы
- рифаксимина

Результаты обследования

Шкала Бартел

Шкала Лоутон

Шкала Нортон

11 баллов

Шкала Морсе

25 баллов

Визуально-аналоговая шкала

6 баллов

К обязательным лабораторным методам исследования относятся

- L-орнитин-L-аспартата
- неомицина
- лактулозы
- рифаксимины

Результаты обследования

Общий (клинический) анализ крови развернутый

[cols="25%,^25%,^25%,^25%"]

|=====

| Гемоглобин (HGB) | 138,0 | 120,0-140,0 | г/л

| Эритроциты (RBC) | 4,46 | 3,90-4,70 | $10^{12}/л$

| Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) | 30,9 | 27,0-34,0 | пг

| Цветовой показатель | 0,93 | 0,85-1,05 | -

| Средняя концентрация гемоглобина в эритроц. (MCHC) | 342 | 300-380 | г/л

| Средний объем эритроцита (MCV) | 90,3 | 80,0-100,0 | фл

| Гематокрит (HCT) | 40,3 | 36,0-42,0 | %

| Тромбоциты (PLT) | 274,0 | 180,0-320,0 | $10^9/л$

| Тромбокрит (PCT) | 0,27 | 0,15-0,40 | %

| Средний объем тромбоцита (MPV) | 9,90 | 7,40-10,40 | фл

| Лейкоциты (WBC) | 6,8 | 4,0-9,0 | $10^9/л$

| Лимфоциты (LYM%) | 20,0 | 19,0-37,0 | %

| Базофилы (BA%) | 0,6 | 0,0-1,5 | %

| Моноциты (MON%) | 6,2 | 3,0-11,0 | %

| Нейтрофилы (NE%) | 70,20 | 42,00-72,00 | %

| Эозинофилы (EO%) | 3,0 | 0,0-5,0 | мм/ч

| Скорость оседания эритроцитов по Вестергрену | 14 | 0-30 |

|=====

Исследование уровня общего кальция в крови

2,2 ммоль/л

Анализ крови биохимический общетерапевтический

[cols="25%,^25%,^25%,^25%"]

|=====

| Общий белок | 73 | 65-87 | г/л

| Мочевина | 5,5 | 1,7-8,3 | ммоль/л

| Остаточный азот | 21 | 13,4-26,6 | ммоль/л

| Глюкоза | 5,90 | 4,20-6,40 | ммоль/л

| Креатинин | 93 | 44-115 | мкмоль/л
| Мочевая кислота | 325 | 140-340 | мкмоль/л
| Билирубин общий | 13,6 | 2,0-21,0 | мкмоль/л
| Холестерин общий | 4,8 | 2,0-5,7 | ммоль/л
| Триглицериды | 1,80 | 0,60-1,70 | ммоль/л
| Хс-ЛПНП | 2,9 | 0,0-3,2 | ммоль/л
| АЛТ | 20,0 | 5,0-34,0 | МЕ/л
| АСТ | 19,0 | 5,0-31,0 | МЕ/л
| Калий | 5,17 | 3,4-5,3 | ммоль/л
| Натрий | 139,0 | 130,0-157,0 | ммоль/л
|=====

Анализ мочи общий

[cols="^25%,^25%,^25%,^25%"]

|=====

| Цвет | Желтый | | -
| Прозрачность | Полная | Полная | -
| Отн. плотность | 1,030 | 1,003-1,040 | отн.ед.
| pH | 5,5 | 5-7 | -
| Белок | Не обнаруж. | 0-0,03 | -
| Глюкоза | Не обнаруж. | Не обнаружена | -
| Лейкоциты | Не обнаруж. | | 1/мкл
| Кетоновые тела | Не обнаруж. | Не обнаружены | -
| Нитриты | Не обнаруж. | Не обнаружены | -
| Уробилиноиды | 1,6 | 0-1 | -
| Билирубин | Не обнаруж. | Не обнаружен | -
| Эритроциты | Не обнаруж. | | 1/мкл
| Эпителий плоский | Единично | | кол/п.зр.
| Лейкоциты (микр. осадка) | Единично | Мужчины: 0-2 Женщины: 0-3 | кол/п.зр.
|=====

Витамин 25(ОН)D

|=====

| Результат ^| Комментарий
| 27 нг/мл | < 10 – выраженный дефицит
<20 – дефицит
20-30 – недостаточность
30-100 – адекватный уровень
>150 – возможен токсический эффект
|=====

Щелочная фосфатаза

180 ед/л (норма 70-227 ед/л)

Учитывая данные жалоб, анамнеза и объективного осмотра, можно выставить предварительный диагноз

- L-орнитин-L-аспартата
- неомицина
- лактулозы

- рифаксимина

Диагноз

Левосторонний посттравматический коксартроз. Застарелый несросшийся перелом шейки левой бедренной кости

Ушиб мягких тканей левого бедра

Закрытый вывих головки левой бедренной кости

Компрессионный перелом тел поясничных позвонков со сдавлением дурального мешка

По данным комплексной гериатрической оценки гериатрическим синдромом, ухудшающим течение периоперационного периода, является

- сенсорные дефициты
- констипационный синдром
- недержание мочи
- старческая астения

Наличие синдрома старческой астении подтверждается

- тестом «встань и иди» - 35 сек
- тестом Mini-Cog 4 балла
- шкалой Нортон 11 баллов
- краткой батареей тестов физического функционирования – 5 баллов

Радикальным методом лечения данного заболевания является

- физиотерапия
- использование ортеза
- эндопротезирование
- назначение хондропротекторов

У пациентов пожилого и старческого возраста при оперативном лечении данной патологии предпочтительнее использовать метод + _____ + анестезии

- общей
- регионарной
- комбинированной
- местной

«Золотым стандартом» послеоперационной опиоидной анальгезии является препарат

- фентанил
- пропофол
- трамадол
- морфин

Наиболее оптимальным методом немедикаментозной терапии с целью активизации пациентки является

- санаторно-курортное лечение
- лазеротерапия
- лечебная физкультура
- электрофорез с анальгетическими препаратами

В первые 2 месяца после операции эндопротезирования тазобедренного сустава в качестве способа передвижения пациенту рекомендуется

- лежащая каталка
- кресло-коляска инвалидная, в т.ч. с электрическим приводом
- ходьба на двух костылях с умеренной нагрузкой на оперированную конечность
- ходьба с тростью в руке, противоположной оперированному суставу

Оценка риска возникновения послеоперационного делирия проводится в течение + _____ + суток

- 12
- 3
- 1
- 5

Для купирования послеоперационного делирия, в случае его возникновения, у больной следует применять

- 12
- 3
- 1
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 лет обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

на

* выраженные приступообразные боли в эпигастрии и правом подреберье продолжительностью более часа с иррадиацией в межлопаточное пространство,

возникающие после приема пищи;

- * тошноту, рвоту, не приносящую облегчения;
- * горечь во рту;
- * учащенный жидкий стул до 4 раз в день в утренние часы;
- * потемнение мочи.

Анамнез заболевания

Семнадцать лет назад при УЗИ органов брюшной полости в желчном пузыре был выявлен конкремент размерами 7,0x13,0 мм, густая замазкообразная желчь. В связи с отсутствием жалоб от операции холецистэктомии пациентка воздержалась, проводилось динамическое наблюдение. Около четырех лет назад появились боли в верхней половине живота, диспепсические жалобы, изменилась консистенция стула (стал кашицеобразным, плохо смываемым с унитаза). Участковым терапевтом состояние было расценено как хронический панкреатит. Амбулаторно проводилась терапия спазмолитиками, антацидами, ферментными препаратами с положительным эффектом. Около полугода назад появились эпизоды продолжительных выраженных болей в правом подреберье, сопровождавшиеся рвотой, не приносившей облегчение (желчная колика). После очередного эпизода желчной колики один месяц назад произведена операция лапароскопической холецистэктомии. Однако спустя месяц после оперативного вмешательства выраженные боли вверху живота и диспепсические симптомы возобновились. В связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания: более 12 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным подъемом АД до 170/100 мм рт. ст., адаптирована к АД 125/85 мм. рт. ст., постоянно принимает эналаприл по 10 мг в сутки;
- * перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ;
- * вредные привычки отрицает;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергоанамнез - не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести.
- * Рост 166 см, вес 76 кг. Индекс массы тела – $27,6 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 85 см. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричны. Температура тела – $36,7^\circ\text{C}$. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте и ситуации. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.
- * Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 84 уд в мин, АД 120/80 мм рт. ст.
- * Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, выраженно болезненный при пальпации в правом подреберье и панкреатодуоденальном

треугольнике (зоне Шоффара), ободочная кишка чувствительна в правых отделах, урчит при пальпации. Нижний край печени у края реберной дуги, мягкоэластической консистенции, безболезненный. Нижний полюс селезенки не пальпируется. Перитонеальных симптомов нет.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул неоформленный (жидкий) до 4 раз в сутки в утренние часы, без примеси слизи и видимой крови.

Среди скрининговых лабораторных исследований в данной ситуации наиболее информативным является

- 12
- 3
- 1
- 5

Результаты обследования

Биохимическое исследование крови

Клинический анализ крови

Определение индекса инсулинорезистентности НОМА

3,8 мкЕд/мл (норма 0 - 2,7 мкЕд/мл)

Общий анализ мочи

Анализ кала на скрытую кровь (реакция Греггерсена)

Отрицательный

В данной ситуации наиболее информативным скрининговым методом инструментальной диагностики, необходимым для постановки диагноза, является

- 12
- 3
- 1
- 5

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена, КВР 145 мм, толщина правой доли 120 мм, левой доли 70 мм, паренхима повышенной эхогенности, структура однородная, воротная вена

9 мм. Внутривенные желчные протоки не расширены. Холедох лоцируется в проксимальных отделах, диаметр 13 мм (норма до 7 мм), в дистальных отделах не лоцируется из-за выраженного пневматоза кишечника. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа размерами - головка до 37 мм, тело до 29 мм, хвост до 25 мм, с неровными нечеткими контурами, структура гиперэхогенная, неоднородная. Вирсунгов проток расширен, диаметром 3-4 мм, неравномерный. В брюшной полости, в сальниковой сумке свободной жидкости не выявлено. Селезенка размерами 70x45 мм, площадь 44 см², однородной структуры, селезеночная вена не расширена диаметром 6 мм.

Электрокардиография

Ритм синусовый. ЧСС 72 в мин. Нормальное положение ЭОС. Умеренные изменения миокарда.

Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Розетка кардии смыкается не полностью. Зубчатая линия на уровне пищевода отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи, желчи. Складки слизистой антрального отдела средней величины, эластичные, диффузно гиперемированы. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её очагово гиперемирована на вершинах складок. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. Слизистая залуковичного отдела без видимых изменений. Взята биопсия из антрального отдела желудка. Быстрый уреазный тест на *H.pylori* – отрицательный.

Обзорная рентгенография грудной клетки

Легочные поля прозрачные. Корни легких уплотнены, структурны. Диафрагма на уровне 6 ребра, контур четкий, синусы свободные. Сердце с умеренным увеличением левого желудочка. Дуга аорты уплотнена.

С учетом полученных данных лабораторной и инструментальной диагностики для уточнения диагноза необходимо провести

- 12
- 3
- 1
- 5

Результаты обследования

Эндоскопическая ультрасонография панкреатобилиарной зоны

Размеры поджелудочной железы увеличены (3,7x3,0x2,4 см), контуры нечеткие, эхогенность равномерно повышена, лоцируются единичные гиперэхогенные очаги 2-3 мм с акустической тенью в теле поджелудочной железы (кальциноз паренхимы), расширение (до 4 мм) и неравномерность главного панкреатического протока в поджелудочной железе. В терминальном отделе холедоха лоцируется гиперэхогенный очаг с четкой акустической тенью (конкремент) размером 4x6 мм.

Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости и уровней

жидкости в петлях кишечника не выявлено. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Конкрементов в проекции поджелудочной железы не выявлено.

Исследование гликозилированного гемоглобина

Исследование белковых фракций крови

Чтобы исключить первичную (абсолютную) экзокринную панкреатическую недостаточность, как причину нарушения стула, необходимо провести

- 12
- 3
- 1
- 5

Результаты обследования

Определение активности эластазы-1 в кале

Общий анализ кала (копрограмма)

Определение концентрации альфа-1-антитрипсина в кале

Метод количественного определения содержания жира в кале

Коэффициент абсорбции жира – 89% (референсные значения – не менее 92%)

На основании клинико-anamnestических данных и результатов обследования может быть поставлен диагноз

- 12
- 3
- 1
- 5

Диагноз

Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз, состояние после лапароскопической холецистэктомии. Хронический рецидивирующий

билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, с внешнесекреторной недостаточностью

Желчнокаменная болезнь: постхолецистэктомический синдром, состояние после лапароскопической холецистэктомии. Хронический гастродуоденит (*Helicobacter pylori* негативный). Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз, состояние после лапароскопической холецистэктомии. Функциональная диспепсия. Недостаточность кардии

Желчнокаменная болезнь: состояние после лапароскопической холецистэктомии. Дисбиоз кишечника

Характерным признаком первичной (абсолютной) экзокринной панкреатической недостаточности у пациента считают выявление в кале

- нейтрального жира
- мыл
- жирных кислот
- сниженного уровня панкреатической эластазы-1

Выявленные конъюгированная гипербилирубинэмия, четырехкратное повышение уровня щелочной фосфатазы и трехкратное повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы свидетельствуют о наличии синдрома

- цитолиза
- холестаза
- иммунного воспаления
- печеночно-клеточной недостаточности

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в

- условиях «дневного стационара»
- хирургическом стационаре
- отделении реанимации
- поликлинике

С целью купирования абдоминального болевого синдрома больной патогенетически оправдано назначение

- наркотических анальгетиков
- внутриполостных антацидов
- спазмолитиков
- прокинетиков

С целью восстановления проходимости общего желчного протока и купирования болевого абдоминального синдрома в данной клинической ситуации показано

- проведение операции панкреатодуоденальной резекции
- назначение литолитической терапии
- назначение спазмоаналгетической терапии
- проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией

Сниженный уровень панкреатической эластазы-1 в кале предполагает необходимость назначения

- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов
- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- заместительной ферментной терапии «по требованию»

При проведении заместительной ферментной терапии экзокринной панкреатической недостаточности препаратами выбора являются

- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов
- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- заместительной ферментной терапии «по требованию»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 лет обратилась к гинекологу в районную женскую консультацию.

Жалобы

На сухость и периодический зуд во влагалище, диспареунию, периодические бели, боли в поясничном и грудном отделах позвоночника.

Анамнез заболевания

Постменопауза 10 лет. Вышеуказанные жалобы беспокоят пациентку на протяжении последнего года с тенденцией к усилению. При профосмотре у гинеколога по месту работы 6 месяцев назад патологии не выявлено.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – пекарь (повар-технолог) на хлебозаводе. Количество беременностей: 4, роды – 3, срочные, через естественные родовые пути, без осложнений, искусственный аборт – 1 на малом сроке, без осложнений.

Менструальная функция: менархе с 16 лет по 4-5 дней через 28-29 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последняя нормальная менструация в

52 года. Постменопауза 10 лет.

Гинекологический анамнез: эктопия шейки матки, радиоволновое лечение после 2х родов; аденомиоз, миома матки с 44 лет, при профилактическом осмотре по данным УЗИ м/таза без отрицательной динамики; гистероскопия, РДВ в 50 лет по поводу аномального маточного кровотечения, по данным патолого-гистологического заключения железисто-фиброзный полип эндометрия, гормональное лечение не получала.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 62 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°C.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту.

* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная.

Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. РО~2~98%

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 140/90 мм рт. ст.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

* Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища сухая, гиперемированная, шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: шейка матки плотной консистенции, без особенностей, тракции безболезненные, матка несколько больше нормальных размеров, мягко-эластической консистенции, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются, их область безболезненная, своды глубокие, выделения бели обильные с аминным запахом.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов
- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- пожизненной заместительной ферментной терапии

- заместительной ферментной терапии «по требованию»

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериоскопическое исследование отделяемого из цервикального канала, из влагалища и уретры (Микроскопия нативных и/или окрашенных по Грамму биологических материалов)

Наличие лейкоцитарной реакции: Лейкоциты в ш/матке и во влагалище 40-60 в п/зр, флора кокко-бациллярная, «ключевые» клетки в нативных препаратах отделяемого цервикального канала и влагалища.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища сухая, гиперемированная. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: выделения бели обильные с аминным запахом.

Определение уровня влагалищного pH

Индикаторная полоска Кольпо-тест - pH 6,0.

Цитологическое исследование из экто- и эндоцервикса

Признаки атрофического кольпита

ПЦР в реальном времени (Фемофлор-17)

Результат Фемофлор

Культуральное исследование, бактериологический посев на неспецифическую флору

Результат бактериологического посева

При подозрении на наличие клинических проявлений остеопоротических переломов позвонков, необходимыми для постановки диагноза инструментальным методам обследования будут

- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов
- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- заместительной ферментной терапии «по требованию»

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенологическое обследование грудного и/или поясничного отдела позвоночника в боковой проекции

Левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника 1 степени, признаки остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника L4-S2.

Рентгеновская двуэнергетическая денситометрия поясничного отдела позвоночника и/или шейки бедра

По данным рентгеновской двуэнергетической денситометрии поясничного отдела позвоночника величина плотности минеральных веществ в костной ткани соответствует возрастной (популяционной) норме. Денситометрических данных за наличие остеопатии в настоящее время нет.

Количественная компьютерная томография (ККТ) бедренных костей

На КТ-костей таза, тазобедренных суставов костно-деструктивных изменений в видимых костях таза не выявлено.

Количественная ультразвуковая денситометрия (КУЗД, QUS) поясничного отдела позвоночника

При исследовании показатели минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) находятся в пределах возрастной нормы.

Пациентке в качестве основного диагноза можно предположить диагноз

- диеты с резким снижением содержания в рационе питания жиров и углеводов
- заместительной ферментной терапии на период обострения заболевания
- пожизненной заместительной ферментной терапии
- заместительной ферментной терапии «по требованию»

Диагноз

Постменопаузальный атрофический вагинит: (старческий) атрофический вагинит

Вульвовагинальный кандидоз

Невоспалительная болезнь влагалища (бактериальный вагиноз)

Постменопаузальный остеопороз с патологическим переломом

Дальнейшее дообследование и лечение пациентки должно проводиться в

- амбулаторных условиях
- условиях дневного стационара
- гериатрическом отделении
- отделении гинекологии

Этой пациентке в качестве менопаузальной гормональной терапии (МГТ) целесообразно назначить

- эстрадиол/дидрогестерон
- этинилэстрадиол
- фитоэстроген
- эстриол

Ошибочными показаниями для назначения менопаузальной гормональной будут

- урогенитальные симптомы
- ранняя или искусственная менопауза
- снижение тургора кожи, появление морщин

- вазомоторные симптомы

Менопаузальная гормональная терапия может быть назначена

- в любом возрасте по желанию пациентки
- в период менопаузального перехода для профилактики климактерических симптомов
- при достижении менопаузы у пациентки
- в возрасте до 60 лет при длительности менопаузы менее 10 лет

Минимально эффективной дозой эстрадиола для менопаузальной гормональной терапии при пероральном использовании признана доза + _____ + мг/сут

- 2
- 1,5
- 0,5
- 1

Ошибочным противопоказанием для назначения менопаузальной гормональной терапии будет

- кровотечение из половых путей неясного генеза
- сильная мигрень
- рак молочной железы и эндометрия
- острый тромбоз и тромбоэмболия

Эффективность системной менопаузальной гормональной терапии при генитоуринарном синдроме (ГУМС) составляет

- 30%
- 75%
- 10%
- 45%

Необязательным диагностическим мероприятием для этой пациентки, которое необходимо проводить для оценки состояния ее здоровья будет

- онкоцитология (РАР-тест)
- колоноскопия
- определение уровня глюкозы крови и ТТГ
- определение липидограммы (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС)

Периодичность наблюдения за женщинами, принимающими менопаузальную гормональную терапию, составляет

- онкоцитология (РАР-тест)
- колоноскопия

- определение уровня глюкозы крови и ТТГ
- определение липидограммы (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 87 лет направлена врачом общей практики в гериатрический кабинет для комплексной гериатрической оценки, поскольку по шкале «Возраст не помеха» пациентка набрала 6 баллов.

Жалобы

На слабость в мышцах рук и ног, неустойчивость походки, снижение массы тела, снижение зрения и слуха, снижение аппетита, снижение памяти, боли в коленных суставах.

Анамнез заболевания

В течение последнего года отметила постепенное увеличение интенсивности вышеуказанных жалоб, появилось недержание мочи (пользуется урологическим прокладками), последние полгода - сложности с приемом ванны (раз в неделю приезжают невестка и внук, чтобы помочь). Последний месяц перестала справляться с выполнением привычных дел, уборкой дома, дважды за месяц падала, перестала выходить из дома из-за страха падения. Похудела на 6,5 кг в течение года. Катаракта обоих глаз.

Анамнез жизни

* ранее проживала самостоятельно в отдельной квартире, однако в связи с изменением состояния сын настоял на переезде. В настоящее время проживает с семьей сына

* не курит, алкоголь не употребляет

* образование высшее, в прошлом учитель младших классов

* много лет артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, остеоартроз коленных суставов. Постоянно принимает амлодипин 5 мг/сутки, эналаприл 20 мг/сутки, индапамид 2,5 мг/сутки, метформин 1000 мг/сутки, при болях в коленных суставах использует мази с нестероидными противовоспалительными средствами

Объективный статус

Рост 162 см, масса тела 66,3 кг. Кожные покровы обычной окраски, тургор кожи снижен. Объем подкожной жировой клетчатки снижен. Периферических отеков нет. Коленные суставы деформированы, движения в них ограничены из-за возникновения боли. Незначительная вальгусная деформация стоп.

Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин.

Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС 66 уд в 1 мин. АД лежа 124/68 мм рт. ст., стоя через 1 минуту 110/62 мм рт. ст., через 2 мин 108/60 мм рт. ст., через 3 мин 112/64 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Центральная нервная система: очаговых симптомов нет. Зрение снижено. Слух снижен.

Для установления диагноза старческой астении в данной ситуации необходимо провести

- онкоцитология (РАР-тест)
- колоноскопия
- определение уровня глюкозы крови и ТТГ
- определение липидограммы (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС)

Результаты обследования

Комплексная гериатрическая оценка

Краткая батарея тестов физического функционирования: тест на равновесие – в положении «стопы вместе» 6,5 с, скорость ходьбы на 4 м 0,62 м/с, тест с 5 подъемами со стула 22,8 с

Тест «Встань и иди» 16,5 с, неустойчивость при развороте

Краткая шкала оценки питания (скрининговая часть) 10/14 баллов

Инструментальная активность по шкале Лоутон 5/8 баллов

Базовая функциональная активность по шкале Бартел 80/100 баллов

Монреальская шкала оценки когнитивных функций 25/30 баллов

Гериатрическая шкала депрессии 4/15 баллов

Оценка индекса коморбидности Чарлсона

4 балла

Оценка по шкале SCORE

Не применима к пациентам с сахарным диабетом

Заполнение опросника Бека

22 балла

Результат краткой батареи тестов физического функционирования у пациентки составляет

- 5 баллов
- 6 баллов
- 4 балла
- 3 балла

Полученный результат краткой батареи тестов физического функционирования соответствует

- 5 баллов
- 6 баллов
- 4 балла
- 3 балла

Диагноз

Старческая астения

Преастения

Отсутствие старческой астении

Детренированность

При оценке питания, согласно скрининговой части краткой шкалы, пациентка набрала 10 из 14 баллов, поэтому

- дальнейшая оценка по этой шкале не проводится, т.к. уже выявлена мальнутриция
- дальнейшая оценка по этой шкале не проводится, т.к. результат скрининговой части указывает на отсутствие мальнутриции
- следует перейти на оценку с использованием другой шкалы оценки питания
- необходимо продолжить оценку по следующей части шкалы

Результат оценки по шкале Бартел 80 баллов указывает на + _____ + в повседневной функциональной активности

- отсутствие зависимости
- умеренную зависимость
- тяжелую зависимость
- легкую зависимость

Результат оценки по монреальской шкале оценки когнитивных функций 25 из 30 баллов указывает на

- когнитивные нарушения умеренной степени тяжести
- сохранный когнитивный статус
- деменцию
- когнитивные нарушения

Результат оценки по гериатрической шкале депрессии 4 из 15 баллов указывает на

- тяжелую депрессию
- умеренную депрессию
- отсутствие депрессии
- вероятную депрессию

Результат теста «Встань и иди» 16,5 с и неустойчивость при развороте указывают на

- саркопению
- отсутствие риска падения
- низкий риск падения
- высокий риск падения

К необходимым лабораторным методам исследования, которые следует провести для оценки выявленных гериатрических синдромов, относят

- саркопению
- отсутствие риска падения
- низкий риск падения
- высокий риск падения

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование концентрации тиреотропного гормона в сыворотке крови
4,4 мкМЕ/мл (N: 0,4-10 мкМЕ/мл)

Определение концентрации витамина 25(OH)D3 в сыворотке крови
24 нг/мл (N >30 нг/мл)

Определение уровня гемоглобина
120 г/л (N: 120 – 157 г/л)

Определение активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови
44 ед/л (N 30-110 ед/л)

Определение концентрации общего билирубина в сыворотке крови
11,2 мкмоль/л (N 8,5-20,1% мкмоль/л)

Общий анализ мочи

Цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1012, лейкоциты 0-2-2, эритроциты 0-0-1, белок - нет

Уровень витамина 25(OH)D~3~ в сыворотке крови составил 24 нг/мл, поэтому пациентке необходимо назначить колекальциферол внутрь в дозе

- 800 МЕ ежедневно
- 1000 МЕ ежедневно
- 500 МЕ ежедневно
- 50 000 МЕ еженедельно

Рекомендации по физической активности для данной пациентки включают

- бег
- упражнения для тренировки равновесия и развитие мышечной силы
- плавание
- быструю ходьбу

Учитывая данные осмотра, объем антигипертензивной терапии у данной пациентки необходимо

- бег
- упражнения для тренировки равновесия и развитие мышечной силы
- плавание
- быструю ходьбу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы приглашены в реанимационное отделение к пациенту 78 лет, для обсуждения индивидуального плана комплексных мероприятий по реабилитации пациента после экстренного хирургического лечения осложнившегося острым нарушением мозгового кровообращения (ишемический инсульт с развитием левостороннего гемипареза). 10 сутки после операционного вмешательства.

Жалобы

активно не предъявляет. При расспросе пожаловался на усталость от нахождения в реанимационном отделении, слабость.

Анамнез заболевания

Пациент, мужчина 78 лет поступил в ортопедическое отделение с переломом шейки правой бедренной кости, была выполнена операция – протезирование шейки бедренной кости, ранний послеоперационный период осложнился развитием острого нарушения мозгового кровообращения (ишемический инсульт с развитием левостороннего гемипареза), при осмотре перед переводом в отделение ортопедии из реанимации у пациента были обнаружены пролежни в крестцовой области.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально, образование высшее (юридическое). Проживает с женой в квартире в многоквартирном доме с лифтом.

С 50 лет гипертоническая болезнь с повышением АД до 190/100 мм рт ст, постоянной гипотензивной терапии не принимал. ОНМК, ОКС, бронхиальную астму и сахарный диабет в анамнезе отрицает. Типичные ангинозные боли отрицает, толерантность к физической нагрузке средняя (ежедневно проходил до 7 км и поднимался на 3 этаж без одышки).

Курение с 15 лет по 1 пачке в день, в прошлом злоупотреблял алкоголем (со слов жены 1 раз в 3-4 месяца употреблял по 2-3 бутылки водки (каждая по 0.75 литра) в течение 3-4 дней, останавливался самостоятельно).

С 75 лет не работает полный день, 2-3 раза в неделю ведет занятия в университете.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Пациент находится в сознании, доступен контакту, правильно ориентирован в месте, времени и личности. Температура 37,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные на ощупь.

Асимметрия лица, левая половина лица амимична, девиация языка влево. Кисти и стопы холодные. Под памперсом, на пояснице в области крестца визуализируется гиперемия кожи с четкими краями, с участком язвенного поражения размерами 7х7 см с очагами некроза и гнойным отделяемым. Края раны умеренно болезненные при пальпации. Отеков нет.

Дыхание в легких жесткое, множественные сухие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД 22 в минуту, SpO₂ ~93% на воздухе.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет, ЧСС 92 в минуту, АД 130/70 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный, стул регулярный 1 раз в 2 дня.

Мочеиспускание свободное.

St. localis: повязка в области послеоперационной раны сухая, чистая. При осмотре рана заживает путем первичного натяжения, признаков воспаления нет.

Приоритетным для постановки диагноза методом обследования будет

- бег
- упражнения для тренировки равновесия и развитие мышечной силы
- плавание
- быструю ходьбу

Результаты обследования

Визуальная клиническая оценка поражений кожных покровов

Отмечается разрушение кожных покровов, жидкое отделяемое из раны

Общий анализ крови

Гемоглобин – 100 г/л (130-160 г/л)

Эритроциты - 3.7×10^{12} ($4,0-5,0 \times 10^{12}$ /л)

Лейкоциты – 32×10^9 ($7,4-10,4 \times 10^9$ /л)

СОЭ 96 мм/час (0-20 мм/час)

Прокальцитонинный тест

0.04 нг/мл (норма до 0.05 нг/мл)

Общий анализ мочи

Относительная плотность: 1025 г/л +

Цвет: желтый +

Прозрачность: мутная +

Реакция: нейтральная +

Белок: 0.09 г/сутки +

Сахар: нет +

Кетоновые тела: нет +

Бактерии: нет +

Слизь: нет

Дальнейшую тактику лечения определит

- бег
- упражнения для тренировки равновесия и развитие мышечной силы
- плавание
- быструю ходьбу

Результаты обследования

Стадия патологического процесса в ране (наличие омертвевших тканей)

По данным клинической оценки установлена стадия 3 патологического процесса, требующая удаление омертвевших тканей

Наличие пузырей и потертостей

На поверхности поражения пузырей или потертостей не отмечается

Уровень гликированного гемоглобина

Гликированный гемоглобин 6,0%

Температурная чувствительность в области поражения

При использовании прибора тип-терм отмечается незначительное снижение температурной чувствительности в области поражения

Предполагаемым диагнозом будет

- бег
- упражнения для тренировки равновесия и развитие мышечной силы
- плавание
- быструю ходьбу

Диагноз

Пролежень 3 стадии

Контактный дерматит

Трофическая язва

Парапроктит

Перед началом антибиотикотерапии необходимо выполнить

- бег
- упражнения для тренировки равновесия и развитие мышечной силы
- плавание
- быструю ходьбу

Результаты обследования

Посев крови и раневого отделяемого из области пролежня на чувствительность к антибиотикам

Посев крови: стерильная, роста культуры не обнаружено.

Посев отделяемого: рост St. Aureus, чувствительный к метициллину, ванкомицину.

Посев мочи на чувствительность к антибиотикам

Посев мочи: стерильная, роста культуры не обнаружено.

Ревизия раны

Выполнена первичная хирургическая обработка раны: удалены зоны некроза, наложена асептическая повязка.

Хирургическая обработка пролежня

Выполнена первичная хирургическая обработка раны: удалены зоны некроза, наложена асептическая повязка.

Антибиотиком выбора для терапии пациента с учетом полученных результатов будет

- метронидазол

- цефалексин
- карбопенем
- амоксициллин клавуланат

Из хирургических мероприятий пациенту показана

- метронидазол
- цефалексин
- карбопенем
- амоксициллин клавуланат

Дополнительная информация

В течение следующих 3 дней на фоне проводимой антибактериальной терапии и хирургической обработки раны, отмечилась положительная динамика: уменьшение гнойного отделяемого из области пролежня, уменьшение маркеров воспаления по данным лабораторных методов обследования. У пациента появился аппетит.

Ваша тактика в отношении продолжения антибиотикотерапии

- продолжить курс амоксициллина/клавуланата
- заменить используемый антибиотик на ленозолид
- сменить используемый антибиотик на ко-тимексазол
- сменить используемый антибиотик на ванкомицин

Через 7 полных дней после антибиотикотерапии, состояние пациента стабилизировалось, однако сохраняется обширная раневая поверхность (6x7 см) в области пролежня. Ваша тактика

- ушивание раны
- трансплантация кожного лоскута для закрытия раны
- динамическое наблюдение (ожидать, что раневая поверхность закроется самостоятельно в течение 2-4 недель)
- ушивание раны с оставлением резинового выпускника

С целью профилактики образования пролежней, уход за кожей тяжелобольного пациента проводится каждые

- 4 часа
- 60 минут
- 2 часа
- 3 часа

Для профилактики пролежней пациенты должны быть размещены

- на функциональной кровати. Высота кровати должна быть на уровне талии ухаживающего за больным

- на кровати с панцирной сеткой. Высота кровати должна быть на уровне середины бедер ухаживающего за больным
- на функциональной кровати с противопролежневым матрасом. Высота кровати должна быть на уровне середины бедер ухаживающего за больным
- на кровати с пружинным матрасом. Высота кровати должна быть на уровне талии ухаживающего за больным

Рекомендацией по диете маломобильных пациентов с высоким риском образования пролежня будет назначение + ____ + в сутки

- 3 мкг витамина В12 (кобаламина)
- 500-1000 мг аскорбиновой кислоты
- 400 – 600 мкг фолиевой кислоты
- 90 мкг витамина К

Для оценки риска развития пролежней используется шкала

- 3 мкг витамина В12 (кобаламина)
- 500-1000 мг аскорбиновой кислоты
- 400 – 600 мкг фолиевой кислоты
- 90 мкг витамина К

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К женщине 85 лет вызван на дом гериатр.

Жалобы

на боли в области левого тазобедренного сустава.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что 2 месяц назад пациентка перенесла перелом шейки левой бедренной кости. От предложенного оперативного лечения отказалась. В связи с перенесенной травмой, мобильность резко ограничена, все время пациентка проводит в постели, в положении на спине или полусидя.

Анамнез жизни

Около 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает метформин 1000 мг/сутки. Показатели гликемии в пределах целевых значений. В анамнезе диабетическая дистальная полинейропатия, сенсорная форма. Менопауза с 50 лет. Периодически беспокоит диарея. Пьет около 1 литра в сутки. Посторонняя помощь требуется постоянно. Отмечает выраженное снижение памяти на текущие события. Самостоятельно не встает, не садится, носит памперсы. Отмечает пониженный аппетит. Принимает пищу самостоятельно. Проживает с дочерью. Имеет среднее техническое образование. Аллергические реакции: отрицает. Наследственность отягощена по перелому шейки бедра (мать). Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести.

Рост – 161 см, вес – 52 кг. ИМТ – 20.06 кг/м². Сознание – спутанное, телосложение: астеническое. Слизистые: чистые, с бледным оттенком. Кожные покровы: в области ягодиц отмечается наличие синюшно-красных пятен, не бледнеющих при надавливании. Целостность кожных покровов не нарушена. Зев чистый. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, обложен белым налетом. Периферические отеки: нет. ЧДД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 61 в 1 мин. АД – 147/87 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул – склонность к диарее. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащенное.

Шкала «Возраст не помеха» – 6 баллов. Индекс активности в повседневной жизни (Бартел) – 20. Повседневная инструментальная активность (шкала Лоутон) – 2. Шкала оценки питания MNA – 18,5 баллов. Краткая гериатрическая шкала оценки депрессии – 3 балла. MMSE – 21 балл. Тест рисования часов – 4 баллов. Краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов.

Приоритетным для постановки диагноза методом обследования является

- 3 мкг витамина B12 (кобаламина)
- 500-1000 мг аскорбиновой кислоты
- 400 – 600 мкг фолиевой кислоты
- 90 мкг витамина К

Результаты обследования

Визуальная клиническая оценка поражений кожных покровов

Гиперемия кожи стойкая, при надавливании на область поврежденных кожных покровов побледнения не происходит.

МРТ мягких тканей ягодичной области

Заключение: МР-признаки некротических изменений в области левой грушевидной мышцы.

Рентгенография области тазобедренных суставов

Заключение: рентгенографические признаки левостороннего коксартроза 1 ст.

Компьютерная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника

Заключение: МСКТ-признаки неравномерных циркулярных протрузий дисков L1- L5 -S1 на фоне остеохондроза, спондилоартроза, деформирующего спондилеза поясничного отдела позвоночника. Повышена прозрачность ткани позвонков. Относительный стеноз спинномозгового канала на уровне L4-S1. Спондилолистез L3.

Дальнейшую тактику ведения определит

- 3 мкг витамина B12 (кобаламина)
- 500-1000 мг аскорбиновой кислоты
- 400 – 600 мкг фолиевой кислоты

- 90 мкг витамина К

Результаты обследования

Стадия патологического процесса в ране

По данным клинической оценки – установлена стадия 1

Наличия пузырей и потертостей раны

На поверхности эритематозного пятна целостность кожных покровов не нарушена, пузырей или потертостей не отмечается

Уровень гликированного гемоглобина

Гликированный гемоглобин 8,0% (норма до 7%)

Температурная чувствительность в области поражения

При использовании прибора тип-терм отмечается незначительное снижение температурной чувствительности

Предполагаемым основным диагнозом будет

- 3 мкг витамина В12 (кобаламина)
- 500-1000 мг аскорбиновой кислоты
- 400 – 600 мкг фолиевой кислоты
- 90 мкг витамина К

Диагноз

Пролежень 1 стадии

Контактный дерматит

Трофическая язва

Парапроктит

Гериатрическим синдромом, отягощающим течение основного заболевания у больной, является

- старческая астения
- саркопения
- делирий
- депрессия

Наличие старческой астении подтверждает

- индекс Бартел – 60 баллов
- тест Мини Ког–2 балла
- краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов
- MNA – 16 баллов

Для лечения пролежней у данной пациентки необходимо

- проведение сеансов гипербарической оксигенации
- обеспечение устранения длительного непрерывного давления
- обработка пролежней раствором бриллиантового зеленого
- перевязки пораженной области с использованием препаратов серебра

Для улучшения микроциркуляции данной пациентке показано назначение

- анти-VEGF препаратов
- ноотропов
- антикоагулянтов
- антиагрегантов

Положение пациентки в постели необходимо менять не реже чем

- 1 раз в 2 часа
- 2 раза в сутки
- 2 раза в час
- 1 раз в 12 часов

Сопутствующим заболеванием, являющимся фактором риска развития и прогрессирования пролежней у данной пациентки, является

- остеопороз
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- деменция

Гигиенические мероприятия с кожей у данной пациентки необходимо проводить каждые +__+ (в часах)

- 3
- 2
- 8
- 6

Выбор противопролежневого матраца у данной пациентки будет зависеть от

- размера пролежня
- глубины пролежня
- массы тела
- стадии пролежня

При пролежнях 1-2 стадии в отличие от контактного дерматита может наблюдаться

- размера пролежня
- глубины пролежня

- массы тела
- стадии пролежня

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме врача-гериатра мужчина 92 лет с внучкой.

Жалобы

на

- * нарастание общей слабости и постепенной потерей веса на 10 кг за последние 2 года,
- * при активном расспросе эпизоды затруднения дыхания на вдохе, которые усиливаются после приема пищи,
- * кашель вовремя и после приема пищи,
- * обильное слюноотделение.

Анамнез заболевания

В возрасте 84 лет после ингаляции антисептика гексэтидина у пациента развился ангионевротический отек, осложнившийся развитием стеноза гортани 3 степени, пареза гортани, острого флегмонозного ларингита, нозокомиальной пневмонии, в связи с чем пациенту была выполнена трахеостомия, проводилась ИВЛ. Пациент был деканюлирован через месяц, через 2 месяца - выписан домой.

В течение последних нескольких лет отметил появление и постепенное усиление кашля, затруднение дыхания после приема пищи, обильное слюноотделение, снижение аппетита, потерю веса, стал испытывать трудности при передвижении, стал неустойчив, перестал один выходить из дома. За последний год несколько раз падал дома. Переломов не было.

Анамнез жизни

- * Длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 160/100 мм рт. ст., адаптирован к АД 130/70 мм рт. ст.
- * Сахарный диабет 2 типа более 10 лет, на диете.
- * Постоянно принимает: бисопролол 5 мг, амлодипин 5 мг, винпоцетин 2 таблетки вечером, препарат сены, тамсулозин, курсами - цитиколин.
- * В 30 лет - резекция полипа прямой кишки. Колоноскопия со слов пациента проводилась около 10-ти лет назад - клинически значимой патологии не выявлено.
- * В 70 лет - резекция аденомы простаты.
- * По образованию – инженер. Научный сотрудник.
- * Проживает с женой. Есть помощница по дому.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 182 см (рост снизился на 5 см по сравнению с ростом в молодом возрасте), вес 68 кг, индекс массы тела 20,5 кг/м².

Выраженный грудной кифоз. Тургор кожи снижен. Подкожный жировой слой развит недостаточно, Мышечная сила симметрично снижена. Слизистые

розовые. Язык суховат. Не менее 2/3 зубов сохранены.

Дыхание с жестким оттенком, ЧДД 17 в 1 мин., проводится во все отделы, хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 76 в мин, АД сидя 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпируются поддутые петли кишечника. Стул 1 раз в 2 дня - на фоне приема слабительного.

Отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Результаты комплексной гериатрической оценки:

* Шкала Лоутона 3/8 баллов.

* Скорость ходьбы 0,6 м/с. Ходит по дому без трости, при ходьбе неустойчив.

* Краткая батарея тестов физического функционирования 5 баллов.

* Гериатрическая шкала депрессии - 5/15 баллов.

* Монреальская шкала оценки когнитивных функций 28 из 30 баллов (в задании на запоминание 2 слова из 5 вспомнил с подсказками).

* Тест рисования часов 9 из 10 баллов.

Для выявления у пациента синдрома мальнутриции необходимо использовать

- размера пролежня
- глубины пролежня
- массы тела
- стадии пролежня

Результаты обследования

Краткая шкала по оценке питания

17 из 30 баллов

Индекс Бартел

95 баллов

Краткая батарея тестов физического функционирования

5 баллов

Тест по оценке способности встать со стула без помощи рук

Не может встать со стула без помощи рук.

При подозрении у пациента синдрома мальнутриции необходимо определить содержание в крови

- размера пролежня
- глубины пролежня
- массы тела
- стадии пролежня

Результаты обследования

Общий белок

65 г/л (N: 65 – 85 г/л)

Альбумин

30 г/л (N: 40 – 50 г/л)

Общий холестерин

4,4 ммоль/л (N: 3-5,7 ммоль/л)

Креатинин

72 мкмоль/л (N: 44-115 мкмоль/л)

Калий

4,3 ммоль/л (N: 3,4-5,3 ммоль/л)

Натрий

141 ммоль/л (N: 130-157 ммоль/л)

Для решения вопроса о назначении активной нутриционной поддержки у пациента необходимо оценить уровень

- размера пролежня
- глубины пролежня
- массы тела
- стадии пролежня

Результаты обследования**Абсолютное количество лимфоцитов**

< 1200 мкл (N: >1800 мкл)

Гемоглобин

130 г/л (N: 120-140 г/л)

Лейкоциты

$4,5 \times 10^9$ /л (N: $4-9 \times 10^9$ /л)

Относительное количество нейтрофилов

63% (N: 42-72%)

Для подтверждения наличия ротоглоточной дисфагии пациенту необходимо выполнить

- размера пролежня
- глубины пролежня
- массы тела
- стадии пролежня

Результаты обследования**Видеофлюороскопия**

Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим для контрастной массы, прохождение ее не замедленно +

На протяжении всего исследования задержка бариевой взвеси в валекуле и грушевидном синусе справа (показано стрелкой). +

Заброс бариевой взвеси в верхнюю треть трахеи (до бифуркации не доходит).

Кардия полностью не смыкается. Множественные эпизоды гастро-эзофагеального рефлюкса.

Рентгенография органов грудной клетки

Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Возрастной пневмосклероз.

ЭХО-кардиографию

Фракция выброса 63%. Камеры сердца не расширены. Аортальная регургитация 1 ст. Митральная регургитация 1 ст. Толщина межжелудочковой перегородки 12 мм.

Бодиплетизмография

Исследование не проведено по техническим причинам.

Клиническими симптомами рото-глоточной дисфагии являются

- кашель
- рвота, не приносящая облегчения
- одышка
- снижение способности к самообслуживанию
- боль при глотании
- приступ удушья

Учитывая клиническую картину, данные обследования у пациента имеет место осложнение дисфагии в виде

- аспирационной пневмонии
- делирия
- тяжелых когнитивных нарушений
- недостаточности питания

Кроме дисфагии и мальнутриции у пациента выявлен гериатрический синдром

- выраженной зависимости от посторонней помощи
- тяжелых когнитивных нарушений
- депрессии
- старческой астении

В данном клиническом случае для лечения дисфагии необходимо

- назначить препараты с антихолинергической активностью
- использовать зондовое питание
- изменить характер приготовления и приема пищи
- физиотерапевтическое лечение

Основой лечения белково-энергетической недостаточности является

- высококалорийная пища
- питание через желудочный зонд
- парентеральное питание
- питание через назогастральный зонд

Оптимальная суточная норма потребления белка для данного пациента составляет + _____ + грамм белка на 1 кг массы тела в сутки

- 0,8-1,0
- 2,0-2,5
- 0,8
- 1,2-1,5

Критерием эффективности лечения недостаточности питания является

- повышение уровня гемоглобина
- отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования
- повышение массы тела

Лекарственным средством, усиливающим проявления дисфагии и вызывающим ксеростомию является

- повышение уровня гемоглобина
- отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования
- повышение массы тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б., 83 года на плановом приёме в поликлинике у врача.

Жалобы

На эпизоды слабости, головокружения, "ватности" ног, возникающие преимущественно во время ночных вставаний в туалет и по утрам, ощущение "замирания" сердца. При утренних изменениях АД стал отмечать склонность к гипотонии до 90-95/60 мм рт. ст. Указанные жалобы появились около месяца назад и их интенсивность нарастала в течение данного временного интервала

Анамнез заболевания

Около 30 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 190/110 мм рт. ст., принимал различные группы антигипертензивных препаратов. Около 3 лет страдает пароксизмальной формой фибрилляцией предсердий, по поводу которой в течение последнего года принимает амиодарон в дозе 400 мг/сутки, с эффектом: в течение года пароксизмы фибрилляции предсердий зарегистрированы не были. Имеет установленный диагноз старческой астении.

В течение последних 3 месяцев согласно назначению врача общей практики, получает лизиноприл 40 мг 1 раз в сутки, ацетилсалициловую кислоту 75 мг 1 раз в сутки, апиксабан по 5 мг 2 раза в сутки, омепразол 10 мг 1 раз в сутки

утром, фосфалюгель по 1 пакетику 1 раз в сутки на ночь.

Согласно назначению уролога, последние 2 недели принимает доксазозин в дозе 4 мг 1 раз в сутки.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: доброкачественная гиперплазия предстательной железы (принимает доксазозин в дозе 4 мг 1 раз в сутки).

Перенесенные заболевания: в детском возрасте – эпидемический паротит, в пожилом возрасте – доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Семейное положение: женат, имеет взрослого сына.

Питание. Регулярное, соблюдает рекомендации по питанию, назначенные кардиологом.

Вредные привычки. Не курит, никогда не курил; алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергических реакций не было

Наследственность: мать страдала гипертонической болезнью, умерла от инсульта в возрасте 74 лет, отец страдал гипертонической болезнью, умер в возрасте 59 лет от инфаркта миокарда

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное, конституция нормостеническая.

Рост 183 см, вес 88 кг. Индекс массы тела – $26,28 \text{ кг/м}^2$, окружность талии –

96 см. Температура тела – $36,6^\circ\text{C}$. Сознание ясное, ориентирован в месте и

времени. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические

отеки не выявлены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в

минуту. Границы относительной сердечной тупости справа – на 1 см от правого

края грудины, сверху – 2 межреберье, слева – на 1 см латеральнее левой

среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены,

ритмичные, негромкий систолический шум на верхушке. ЧСС 62 уд/мин, АД

симметричное на обеих верхних конечностях, в положении сидя 125/75 мм рт.

ст. АД в положении лежа 125/70 мм рт. ст. АД в положении стоя (первая минута

после перехода в вертикальное положение) 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий,

безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания

отрицательный с обеих сторон. Пульсация периферических артерий сохранена,

симметричная. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме.

Функционально независим: не нуждается в помощи при выполнении

мероприятий повседневной активности.

К лабораторному исследованию, необходимому для исключения внекардиальных причин нарушений ритма сердца, относится определение в крови уровня

- повышение уровня гемоглобина
- отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования
- повышение массы тела

Результаты обследования

Уровень калия

Калий 4,1 ммоль/л (норма: 3,5–5,0 ммоль/л)

Уровень международного нормализованного отношения (МНО)

МНО=1,4

Уровень общего холестерина и его фракций

|=====

| Показатель | Результат/ Ед.изм./ (Норма)

| Общий холестерин | 4,5 ммоль/л (норма <5,0 ммоль/л)

| ЛПВП | 1,2 ммоль/л (норма >1,0 ммоль/л)

| ЛПНП | 2,5 ммоль/л (норма <3,0 ммоль/л)

| Триглицериды | 1,7 ммоль/л (N<1,7)

|=====

Уровень креатинфосфокиназы (КФК)

КФК (норма 30,0-200,0 Ед/л)

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

- повышение уровня гемоглобина
- отрицательный азотистый баланс
- повышение баллов по краткой батарее тестов физического функционирования
- повышение массы тела

Результаты обследования

Электрокардиография в 12 отведениях (ЭКГ)

PQ = 0.16 сек; QRS = 0.11 сек; QT = 0,72 сек; QTc = 0.68 сек. ЧСС 54 в минуту.

Суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ)

Длительность мониторирования: 24:00. Регистрировались отведения: V2, V5, avF

За время исследования было проанализировано 126113 комплекса QRST.

Из них к артефактам отнесено 5.0%

Ритм Синусовый.

ЧСС

|=====

|

2+^| *мин* | *средн* 2+^| *макс8

| ночь | 55 | в 2:48:51 | 71 | 103 | в 6:26:30

| день | 57 | в 7:07:32 | 95 | 138 | в 7:56:27

| всё время | 55 | в 2:48:51 | 87 | 138 | в 7:56:27

|=====

Продолжительность тахикардии 10:43:30:

* от 90 до 100 уд/мин 04:57:30 (днём - 04:39:55, ночью - 00:17:35)

* от 100 до 120 уд/мин 05:28:50 (днём - 05:27:40, ночью - 00:01:10)

* от 120 до 150 уд/мин 17:10 (все эпизоды днем)

Нарушения желудочковой проводимости

Эпизодов преходящих нарушений проводимости не зарегистрировано

Наджелудочковая эктопическая активность

Всего выявлено 35 наджелудочковых экстрасистол 31 днем и 4 ночью.

Интервал сцепления от 0.37сек. (в 22:23:28) до 0.85сек. (в 6:08:51)

Максимальная частота экстрасистол 10 в час с 13:00 до 14:00.

По типу:

* Одиночных 35 (4 ночью), макс. количество в час - 10 с 13:00 до 14:00.

Желудочковая эктопическая активность

Всего выявлено 140 желудочковых экстрасистол (0,11% от общего числа комплексов): 11 днем и 129 ночью.

Интервал сцепления от 0.38 сек. (в 13:03:07) до 0.86 сек. (в 1:52:55)

Максимальная частота экстрасистол 67 в час с 04:00 до 05:00

Из них:

* Одиночных 135 (124 ночью), макс. количество в час - 64 с 04:00 до 05:00.

* По типу квадригеминия 3 (ночью) в 1 эпизоде. Длительность эпизода 00:00:07.

* Пар желудочковых экстрасистол 1 (ночью).

Паузы (выпадения QRS)

Блокады не выявлены.

Всего выявлено 6 (днем) выраженных синусовых аритмий.

Длительностью RR: <1.8 сек 6 (днем);

Максимальный RR аритмий 0.87 сек. в 12:24:40

Максимальный RR 1.41 сек. в 4:28:41

Динамика интервала QT

Отмечено удлинение интервала QT:

* QT скорригированный > порога (0.46 сек): Всего выявлено 71 эпизодов общей продолжительностью 02:03:55, макс. продолжительность эпизодов за час 26:05(м:с) с 21:00 до 22:00 . Максимальный QTc=0.49сек. в 4:46:05. ЧСС 86\ мин.

Периодов укорочения интервала QT не выявлено.

Коронароангиография

Левая коронарная артерия (ЛКА)

Ствол. Обычно развит. Не стенозирован. TIMI 3.

Ветви ЛКА

Передняя межжелудочковая ветвь. Диффузно изменена, окклюзия в проксимальной трети, постокклюзионные отделы заполняются по межсистемным перитокам.

Диагональная ветвь. Диффузно изменена. TIMI 3.

Огибающая ветвь. Диффузно изменена, стеноз 95% в дистальном сегменте. TIMI 1.

Ветвь тупого края. Диффузно изменена, стеноз 50%. TIMI 3.

Задняя межжелудочковая ветвь. Диффузно изменена. TIMI 3.

Правая коронарная артерия. Диффузно изменена, стеноз 80% в проксимальной трети, стеноз 70% в средней трети. TIMI 3.

Тип кровоснабжения правый.

Нагрузочная проба под контролем ЭКГ

Исходно: ЧСС 81 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст.

Нагрузка 50 Вт 3 минуты: ЧСС 112 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст.

Нагрузка 100 Вт 1 минута: ЧСС 160 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст.

Проба прекращена из-за достижения субмаксимальной ЧСС. Болей и девиации сегмента ST нет. Толерантность к нагрузке низкая.

***Заключение*:** проба отрицательная.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Исследование в стандартных последовательностях FSE и SE (в T1 и T2 взвешенном изображении), FLAIR, DWI.

Срединные структуры не смещены.

Боковые желудочки головного мозга асимметричны (D>S), не расширены, контуры ровные. Мамилло-понтинное расстояние не снижено. Арахноидальные пространства конвекситальной поверхности мозга диффузно расширены.

Множественные мелкие субкортикальные очаговые изменения белого вещества головного мозга с тенденцией к слиянию. Лейкоареоз. Мозолистое тело – без деформации, толщина не изменена. Гипофиз в турецком седле. Структура железы без очаговых изменений. Кранио-verteбральный переход сформирован нормально.

***Заключение*:** болезнь мелких сосудов головного мозга. Фазекас 2. Атрофия с преобладанием подкоркового компонента. Наружная гидроцефалия.

Дуплексное сканирование магистральных артерий головы на экстракраниальном уровне

Комплекс интима-медиа общих сонных артерий на всем протяжении концентрически неравномерно утолщен с обеих сторон: слева – 1,2 мм; справа – 1,1 мм, интима уплотнена с участками кальцификации.

Слева в области каротидной бифуркации по задне-боковой стенке лоцируются повышенной эхогенности атеросклеротические бляшки, толщиной до 2,3 мм, стеноз до 46%.

Справа в области каротидной бифуркации и по задней стенке луковичной части лоцируются повышенной эхогенности атеросклеротические бляшки, толщиной до 2,1 мм, стеноз до 41%.

Гемодинамически значимых препятствий кровотоку не обнаружено.

Линейная скорость кровотока (ЛСК):

Общие сонные артерии (ОСА) – S-образный ход справа без гемодинамических нарушений. ЛСК слева: Ps = 81 см/сек. ЛСК справа: Ps = 78 см/сек.

Внутренние сонные артерии (ВСА) - извитой ход обеих сонных артерий билатерально без гемодинамических нарушений. ЛСК слева: Ps = 64 см/сек, ЛСК справа: Ps = 65 см/сек,

Позвоночные артерии (ПА): Нарушение хода позвоночных артерий между поперечными отростками шейных позвонков с левой стороны.

ЛСК сегмент V1 – 42 см/сек; при входе в V2: слева Ps = 22 см/сек, признаки вертеброгенного влияния. ЛСК сегмент V1 – 46 см/сек; при входе в V2: справа Ps = 33 см/сек признаки вертеброгенного влияния. Диаметр позвоночных артерий: сегмент V2: слева – 3,2 мм, справа – 3,3 мм.

Брахиоцефальный ствол и подключичные артерии (ПКА) с обеих сторон –

кровоток магистрального характера.

***Заключение*:** умеренное увеличение толщины комплекса интима-медиа обеих ОСА. Признаки наличия неокклюзирующих гемодинамически незначимых атеросклеротических бляшек в системе обеих каротидных артерий на экстракраниальном уровне. Кровоток на экстракраниальном уровне сохранен. Особенности хода правой ОСА, обеих ВСА и левой ПА без гемодинамических нарушений. Признаки вертеброгенного влияния на обе ПА, более выраженные слева.

В качестве наиболее вероятной причины ортостатической гипотензии следует рассматривать нежелательные побочные реакции на фоне применения

- апиксабана
- доксазозина
- омепразола
- ацетилсалициловой кислоты

Наиболее вероятной причиной удлинения интервала QT у данного больного является

- прием амиодарона
- старческая астения
- функциональная ваготония
- ишемическая болезнь сердца

Как метод борьбы с полипрагмазией и отмены потенциально не рекомендованных лекарственных средств у данного больного в качестве скрининга следует использовать

- шкалу _ADRROR_
- шкалы _CHA2DS2-VASc_ и _HAS-BLED_
- шкалу _GerontoNet_
- _STOPP/START_-критерии

У пациента в связи с увеличением продолжительности интервала QT>500 мс рекомендуется отмена

- амиодарона
- лизиноприла
- омепразола
- апиксабана

Наиболее опасным осложнением синдрома удлиненного интервала QT является развитие

- острого инфаркта миокарда

- тахикардии типа пируэт (Torsade de Pointes) – полиморфной желудочковой тахикардии
- атрио-вентрикулярной блокады III степени
- острого нарушения мозгового кровообращения

Максимальное количество антигипертензивных препаратов, которое может быть назначено данному пациенту составляет

- 2
- 4
- 5
- 3

Целевой уровень систолического АД у данного пациента составляет + ____ + мм рт. ст

- 120-130
- 140-150
- 150-160
- 130-140

У данного пациента отсутствуют четкие клинические показания к приему + _____ +, поэтому этот препарат должен быть отменен согласно критериям _STOPPfrail_

- ацетилсалициловой кислоты
- апиксабана
- омепразола
- лизиноприла

У данного пациента с эпизодами ортостатической гипотензии в соответствие с критериями _STOPPfrail_ должен быть отменен прием

- апиксабана
- лизиноприла
- омепразола
- доксазозина

Риск тромбэмболических осложнений по шкале _CHA2DS2-VASc_ у данного больного составляет + ____ + балла (-ов)

- апиксабана
- лизиноприла
- омепразола
- доксазозина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б., 83 год на плановом приёме в поликлинике у врача.

Жалобы

На слабость, головокружение, "ватность" ног, особенно по утрам, когда встает с постели, ощущение "замирания" сердца. Указанные жалобы появились около месяца назад и их интенсивность нарастала в течение данного временного интервала.

Анамнез заболевания

Около 20 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 170/100 мм рт. ст., терапии привержен, АД контролирует (привычные значения АД 140/80 мм рт. ст.). Около 3 лет страдает пароксизмальной формой фибрилляцией предсердий, по поводу которой в течение последнего года принимает амиодарон в дозе 400 мг/сутки, с эффектом: в течение года пароксизмы фибрилляции предсердий зарегистрированы не были. Старческая астения.

В течение последних 3 месяцев согласно назначению врача общей практики, получает лизиноприл 40 мг 1 раз в сутки, ацетилсалициловую кислоту 75 мг 1 раз в сутки, апиксабан по 5 мг 2 раза в сутки, омепразол 10 мг 1 раз в сутки утром, фосфалюгель по 1 пакетику 1 раз в сутки на ночь.

Согласно назначению уролога последние 2 недели принимает доксазозин в дозе 4 мг 1 раз в сутки.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (принимает доксазозин в дозе 4 мг 1 раз в сутки).

Перенесенные заболевания: в детском возрасте – эпидемический паротит, в пожилом возрасте – доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Семейное положение: женат, имеет взрослого сына.

Питание. Регулярное, соблюдает рекомендации по питанию, назначенные кардиологом.

Вредные привычки. Не курит, никогда не курил; алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергических реакций не было.

Наследственность: мать страдала гипертонической болезнью, умерла от инсульта в возрасте 74 лет, отец страдал гипертонической болезнью, умер в возрасте 59 лет от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное, конституция нормостеническая. Рост 183 см, вес 88 кг. Индекс массы тела – 26,28 кг/м², окружность талии – 96 см. Температура тела – 36,6°С. Сознание ясное, ориентирован в месте и времени. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические отеки не выявлены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены вверх на 1 межреберье и влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 62 уд/мин. Тихий систолический шум на верхушке. Шумы над периферическими

артериями не выслушиваются. АД в положении сидя 125/75 мм рт. ст. АД в положении лежа 125/70 мм рт. ст. АД в положении стоя (первая минута после перехода в вертикальное положение) 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме.

Функционально не зависим: пациент не нуждается в помощи при выполнении мероприятий повседневной активности.

К лабораторному исследованию, необходимому для исключения внекардиальной причины появления нарушений ритма, относится определение в крови уровня

- аписабана
- лизиноприла
- омепразола
- доксазозина

Результаты обследования

Уровень калия

Калий 4,1 ммоль/л (норма: 3,5–5,0 ммоль/л)

Уровень международного нормализованного отношения (МНО)

МНО=1,4

Уровень общего холестерина и его фракций

|=====

| Показатель | Результат (Норма)

| Общий холестерин | 4,5 ммоль/л (норма <5,0 ммоль/л)

| ЛПВП | 1,2 ммоль/л (норма >1,0 ммоль/л)

| ЛПНП | 2,5 ммоль/л (норма <3,0 ммоль/л)

| Триглицериды | 1,7 ммоль/л (N<1,7)

|=====

Уровень тиреотропного гормона (ТТГ)

ТТГ - 2,7 (норма 0,4-4,0 МЕ/л)

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

- аписабана
- лизиноприла
- омепразола
- доксазозина

Результаты обследования

Электрокардиография в 12 отведения (ЭКГ)

PQ = 0.16 сек; QRS = 0.11 сек; QT = 0,72 сек; QTc = 0.68 сек. ЧСС 54 в минуту.

Суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ)

Длительность мониторирования: 24:00. Регистрировались отведения: V2, V5, avF.

За время исследования было проанализировано 126113 комплекса QRST.

Из них к артефактам отнесено 5.0%

Ритм Синусовый.

ЧСС

|=====

|

2+^| *мин* | *средн* 2+^| *макс8

| ночь | 55 | в 2:48:51 | 71 | 103 | в 6:26:30

| день | 57 | в 7:07:32 | 95 | 138 | в 7:56:27

| всё время | 55 | в 2:48:51 | 87 | 138 | в 7:56:27

|=====

Продолжительность тахикардии 10:43:30:

* от 90 до 100 уд/мин 04:57:30 (днём - 04:39:55, ночью - 00:17:35)

* от 100 до 120 уд/мин 05:28:50 (днём - 05:27:40, ночью - 00:01:10)

* от 120 до 150 уд/мин 17:10 (все эпизоды днем)

Нарушения желудочковой проводимости

Эпизодов преходящих нарушений проводимости не зарегистрировано

Наджелудочковая эктопическая активность

Всего выявлено 35 наджелудочковых экстрасистол 31 днем и 4 ночью.

Интервал сцепления от 0.37сек. (в 22:23:28) до 0.85сек. (в 6:08:51)

Максимальная частота экстрасистол 10 в час с 13:00 до 14:00.

По типу:

* Одиночных 35 (4 ночью), макс. количество в час - 10 с 13:00 до 14:00.

Желудочковая эктопическая активность

Всего выявлено 140 желудочковых экстрасистол (0,11% от общего числа комплексов): 11 днем и 129 ночью.

Интервал сцепления от 0.38 сек. (в 13:03:07) до 0.86 сек. (в 1:52:55)

Максимальная частота экстрасистол 67 в час с 04:00 до 05:00

Из них:

* Одиночных 135 (124 ночью), макс. количество в час - 64 с 04:00 до 05:00.

* По типу квадригеминия 3 (ночью) в 1 эпизоде. Длительность эпизода 00:00:07.

* Пар желудочковых экстрасистол 1 (ночью).

Паузы (выпадения QRS)

Блокады не выявлены.

Всего выявлено 6 (днем) выраженных синусовых аритмий.

Длительностью RR: <1.8 сек 6 (днем);

Максимальный RR аритмий 0.87 сек. в 12:24:40

Максимальный RR 1.41 сек. в 4:28:41

Динамика интервала QT

Отмечено удлинение интервала QT:

* QT скорректированный > порога (0.46 сек): Всего выявлено 71 эпизодов общей продолжительностью 02:03:55, макс. продолжительность эпизодов за час 26:05(м:с) с 21:00 до 22:00 . Максимальный QTc=0.49сек. в 4:46:05. ЧСС 86\

мин.

Периодов укорочения интервала QT не выявлено.

Коронароангиография

Левая коронарная артерия (ЛКА)

Ствол. Обычно развит. Не стенозирован. TIMI 3.

Ветви ЛКА

Передняя межжелудочковая ветвь. Диффузно изменена, окклюзия в проксимальной трети, постокклюзионные отделы заполняются по межсистемным перитокам.

Диагональная ветвь. Диффузно изменена. TIMI 3.

Огибающая ветвь. Диффузно изменена, стеноз 95% в дистальном сегменте. TIMI 1.

Ветвь тупого края. Диффузно изменена, стеноз 50%. TIMI 3.

Задняя межжелудочковая ветвь. Диффузно изменена. TIMI 3.

Правая коронарная артерия. Диффузно изменена, стеноз 80% в проксимальной трети, стеноз 70% в средней трети. TIMI 3.

Тип кровоснабжения правый.

Нагрузочная проба под контролем ЭКГ

Исходно: ЧСС 81 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст.

Нагрузка 50 Вт 3 минуты: ЧСС 112 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст.

Нагрузка 100 Вт 1 минута: ЧСС 160 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст.

Проба прекращена из-за достижения субмаксимальной ЧСС. Болей и девиации сегмента ST нет. Толерантность к нагрузке низкая.

Заключение: проба отрицательная.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Исследование в стандартных последовательностях FSE и SE (в T1 и T2 взвешенном изображении), FLAIR, DWI.

Срединные структуры не смещены.

Боковые желудочки головного мозга асимметричны (D>S), не расширены, контуры ровные. Мамилло-понтинное расстояние не снижено. Арахноидальные пространства конвекситальной поверхности мозга диффузно расширены.

Множественные мелкие субкортикальные очаговые изменения белого вещества головного мозга с тенденцией к слиянию. Лейкоареоз.

Мозолистое тело – без деформации, толщина не изменена.

Гипофиз в турецком седле. Структура железы без очаговых изменений.

Кранио-вертебральный переход сформирован нормально.

Заключение: болезнь мелких сосудов головного мозга. Фазекас 2. Атрофия с преобладанием подкоркового компонента. Наружная гидроцефалия.

Дуплексное сканирование магистральных артерий головы на экстракраниальном уровне

Комплекс интима-медиа общих сонных артерий на всем протяжении концентрически неравномерно утолщен с обеих сторон: слева – 1,2 мм; справа – 1,1 мм, интима уплотнена с участками кальцификации.

Слева в области каротидной бифуркации по задне-боковой стенке лоцируются повышенной эхогенности атеросклеротические бляшки, толщиной до 2,3 мм, стеноз до 46%.

Справа в области каротидной бифуркации и по задней стенке луковичной части лоцируются повышенной эхогенности атеросклеротические бляшки, толщиной до 2,1 мм, стеноз до 41%.

Гемодинамически значимых препятствий кровотоку не обнаружено.

Линейная скорость кровотока (ЛСК):

Общие сонные артерии (ОСА). – S-образный ход справа без гемодинамических нарушений

ЛСК слева: $P_s = 81$ см/сек

ЛСК справа: $P_s = 78$ см/сек,

Внутренние сонные артерии (ВСА) - извитой ход обеих сонных артерий билатерально без гемодинамических нарушений

ЛСК слева: $P_s = 64$ см/сек, ЛСК справа: $P_s = 65$ см/сек,

Позвоночные артерии (ПА): Нарушение хода позвоночных артерий между поперечными отростками шейных позвонков с левой стороны.

ЛСК сегмент V1 – 42 см/сек; при входе в V2: слева $P_s = 22$ см/сек, признаки вертеброгенного влияния

ЛСК сегмент V1 – 46 см/сек; при входе в V2: справа $P_s = 33$ см/сек признаки вертеброгенного влияния

Диаметр позвоночных артерий: сегмент V2: слева – 3,2 мм, справа – 3,3 мм.

* Брахиоцефальный ствол и подключичные артерии (ПКА) с обеих сторон – кровотоки магистрального характера.

Заключение: умеренное увеличение толщины комплекса интима-медиа обеих ОСА. Признаки наличия неокклюзирующих гемодинамически незначимых атеросклеротических бляшек в системе обеих каротидных артерий на экстракраниальном уровне. Кровоток на экстракраниальном уровне сохранен. Особенности хода правой ОСА, обеих ВСА и левой ПА без гемодинамических нарушений. Признаки вертеброгенного влияния на обе ПА, более выраженные слева.

В качестве наиболее вероятной причины ортостатической гипотензии следует рассматривать нежелательные побочные реакции на фоне применения

- доксазозина
- апиксабана
- омега-3
- ацетилсалициловой кислоты

Наиболее вероятной причиной удлинения интервала QT у данного больного является

- ишемическая болезнь сердца
- прием амиодарона
- интоксикация фосфорорганическими соединениями
- неврогенная анорексия

Как метод борьбы с полипрагмазией и отмены потенциально не рекомендованных лекарственных средств, у данного больного следует использовать

- шкалу _ADRROP_
- _STOPP/START_-критерии
- шкалу _PORT_
- шкалу _GerontoNet_

Признаком развития проаритмического эффекта лекарственных препаратов является

- появление дельта-волн на ЭКГ
- удлинение интервала QT
- расширение комплексов QRS в правых грудных отведениях более 0,12 с
- развитие синусовой тахикардии

У пациента увеличение продолжительности интервала QT вероятнее всего связано с приемом

- амиодарона
- доксазозина
- лизиноприла
- апиксабана

Коррекция дозы антиаритмического препарата требуется при удлинении интервала QT более + ____ + мс

- 500
- 800
- 550
- 380

Частым внесердечным побочным эффектом амиодарона является

- рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей
- артериальная гипотензия
- дисфункция щитовидной железы
- бронхиальная обструкция

Препараты, назначение которых нежелательно пациентам в возрасте 65 лет и старше (STOPP-критерии)

- доксазозин
- лизиноприл
- апиксабан
- омепразол

Оценка риска тромбоемболических осложнений по шкале _CHA2DS2-VASc_ у данного больного равна +___+ баллов

- 3
- 2
- 4
- 5

В связи с риском тромбоемболических осложнений по шкале _CHA2DS2-VASc_, равному 3 баллам, больному показано(-а)

- 3
- 2
- 4
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б., 71 год на приеме в поликлинике у врача общей практики.

Жалобы

На сердцебиение, повышенную потливость, слабость, нарушение концентрации внимания, головную боль, головокружение, сонливость. Указанные жалобы появились 2 недели назад и их интенсивность в течение данного временного интервала нарастала.

Анамнез заболевания

Около 7 лет страдает сахарным диабетом. В течение последних двух лет принимал метформин в дозе 2000 мг/сут, самоконтроль уровня глюкозы крови проводил нерегулярно. За 1,5 месяца до настоящего обращения был на плановом визите у врача общей практики, при проведении биохимического анализа крови клиренс креатинина составил 57 мл/мин, скорость клубочковой фильтрации - 48 мл/мин/1,73 м², глюкоза - 7,1 ммоль/л, HbA1c - 7,8%. Врач общей практики снизил дозу метформина до 500 мг 2 раза в сутки во время еды (суточная доза 1000 мг) и добавил к лечению глибенкламид в дозе 2,5 мг 1 раз в сутки за 20-30 минут до еды, рекомендовал регулярный ежедневный самоконтроль глюкозы. Согласно дневникам самоконтроля глюкозы у пациента 3 раза за последний месяц глюкоза крови была менее 3,0 ммоль/л (2,9 ммоль/л, 2,8 ммоль/л, 2,9 ммоль/л), однако эти эпизоды не сопровождалась клиническими симптомами.

В течение последних 3 месяцев согласно назначению врача общей практики, получает рамиприл 10 мг 1 раз в сутки, атенолол 50 мг 1 раз в сутки, розувастатин 10 мг 1 раз в сутки, ацетилсалициловую кислоту 75 мг 1 раз в сутки, омепразол 10 мг 1 раз в сутки утром, алмагель по 1 мерной ложке 1 раз в сутки на ночь. За несколько дней до визита к врачу в связи с появлением сердцебиения самостоятельно увеличил дозу атенолола до 50 мг 2 раза в сутки (суточная доза - 100 мг).

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца.

Перенесенные заболевания: в детском возрасте – корь, в пожилом возрасте – язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением 7 лет назад. Инфаркт миокарда - 2 года назад.

Семейное положение. Вдовец, имеет двух взрослых сыновей.

Питание. Нерегулярное, часто не соблюдает рекомендации по питанию, сделанные эндокринологом и кардиологом, часто употребляет уже готовые блюда, купленные в магазине.

Вредные привычки. В настоящее время не курит, бросил курить 2 года назад; алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергических реакций не было.

Наследственность: мать страдала сахарным диабетом, гипертонической болезнью, умерла от инфаркта миокарда в возрасте 67 лет, отец страдал гипертонической болезнью, умер в возрасте 81 года от ишемического инсульта

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное, конституция нормостеническая.

Рост 177 см, вес 86 кг. Индекс массы тела – $27,45 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 99 см. Температура тела – $36,5^\circ\text{C}$. Сознание ясное, ориентирован в месте и времени. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Периферические отеки не выявлены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, левая на 1 см латеральнее срединноключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 145/75 мм рт. ст. Выслушивается систолический шум во II межреберье справа от грудины и при проведении на сосуды шеи. Симптом Квинке отрицательный. Пульсация периферических артерий симметричная, несколько ослаблена на артериях тыла стопы. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме.

Функционально независим: пациент не нуждается в помощи при выполнении мероприятий повседневной активности

К необходимому для выяснения причины появления вышеперечисленных жалоб лабораторному исследованию относится определение в крови уровня

- 3
- 2
- 4
- 5

Результаты обследования

Уровень глюкозы

|=====

5+^| Биохимический анализ крови
| Показатель | Единицы измерения | Значение | Нижняя граница нормы | Верхняя граница нормы
| Глюкоза | ммоль/л | 2,8 | 3,5 | 6,1
|=====
Уровень HbA1c

|=====
^| Показатель | Единицы измерения | Значение | Референсные значения
| HbA1c | % | 7,7 | 4,00-6,00
|=====
Уровень калия

|=====
5+^| Биохимический анализ крови
| Показатель | Единицы измерения | Значение | Нижняя граница нормы | Верхняя граница нормы
| K⁺ | ммоль/л | 5,0 | 3,5 | 5,1
|=====
Уровень натрия

|=====
5+^| Биохимический анализ крови
| Показатель | Единицы измерения | Значение | Нижняя граница нормы | Верхняя граница нормы
| Na⁺ | ммоль/л | 137 | 135 | 145
|=====
К необходимым для выяснения причины появления вышеперечисленных жалоб инструментальным методам исследования относятся

- 3
- 2
- 4
- 5

Результаты обследования

Электрокардиография в 12 отведения (ЭКГ)

PQ = 0.16” QRS = 0.10” QT = 0,44” QTс = 0,49” Ритм синусовый с ЧСС 79 в ‘.
Нормальная ЭОС. Крупноочаговые изменения в миокарде нижней стенке ЛЖ (о давности судить с учётом клиники и анамнеза). Изменения в миокарде верхушечной, боковой области ЛЖ. Удлинение интервала QT.

Суточное мониторирование артериального давления

Результаты суточного мониторирования АД

Общее время мониторирования: 24:33 Общее число измерений: 99, Успешных: 66 Проанализировано: 62. Валидность 86,0%

Дневные часы (07:00-23:00).

Число измерений: 45

Среднее САД 125 мм рт. ст. норма (норма 100 ... 135 мм рт. ст.)

Среднее ДАД 84 мм рт. ст. норма (норма 60 ... 85 мм рт. ст.)

Индекс времени САД 8 % норма (норма <15%)

Индекс времени ДАД 12 % норма (норма <15%)

Вариаб. САД 13 мм рт. ст. норма (норма <15 мм рт. ст.)

Вариаб. ДАД 9 мм рт. ст. норма (<14 мм рт. ст.)

Средняя частота пульса 92 уд/мин

Минимальная частота пульса 72 уд/мин

Максимальная частота пульса 115 уд/мин

Систол. АД > 140 мм рт. ст. 11%

Диаст. АД > 90 мм рт. ст. 16%

Ночные часы (23:01-06:59).

Число измерений: 17

Среднее САД 101 мм рт. ст. норма (норма 85 ... 120 мм рт. ст.)

Среднее ДАД 65 мм рт. ст. норма (норма 48 ... 70 мм рт. ст.)

Индекс времени САД 11% норма (<15%)

Индекс времени ДАД 17% возм. повышенное (норма 15% ... 30%)

Вариаб. САД 17 мм рт. ст. высокая (норма \geq 15 мм рт. ст.)

Вариаб. ДАД 12 мм рт. ст. норма (норма <12 мм рт.ст.)

Средняя частота пульса 74 уд/мин

Минимальная частота пульса 64 уд/мин

Максимальная частота пульса 85 уд/мин

Систол. АД > 125 мм рт. ст. 12%

Диаст. АД > 75 мм рт. ст. 18%

Среднее пульсовое АД: 40 мм рт. ст., норма (норма <46 мм рт. ст.)

Степень ночного снижения САД: 19%, диппер, норма (норма 10%...20%)

Степень ночного снижения ДАД: 23%, гипердиппер, (норма \geq 20%)

Утренний подъем по Карио: 25 мм рт. ст., норма (<37 мм рт. ст.)

Общее по 24/48 часам. Число измерений: 62

Среднее САД 119 мм рт. ст.

Минимальное САД 82 мм рт. ст.

Максимальное САД 172 мм рт. ст.

Среднее ДАД 79 мм рт. ст.

Минимальное ДАД 50 мм рт. ст.

Максимальное ДАД 122 мм рт. ст.

Вариаб. САД 18 мм рт. ст.

Вариаб. ДАД 13 мм рт. ст.

Средняя частота пульса 87 уд/мин

Минимальная частота пульса 64 уд/мин

Максимальная частота пульса 115 уд/мин

Систол. АД > 140/125 мм рт. ст. 11%

Диаст. АД > 90/75 мм рт. ст. 16%

Дуплексное сканирование магистральных артерий головы на экстракраниальном уровне

Комплекс интима-медиа общих сонных артерий на всем протяжении концентрически неравномерно утолщен с обеих сторон: слева – 1,1 мм; справа – 1,2 мм, интима уплотнена с участками кальцификации.

Слева в области каротидной бифуркации по задне-боковой стенке лоцируется локальная полуконцентрическая повышенной эхогенности атеросклеротическая бляшка, толщиной 2,2 мм, стеноз по площади – 41%.

Справа в области каротидной бифуркации и по задней стенке луковичной части лоцируются повышенной эхогенности атеросклеротические бляшки, толщиной до 2,1мм, стеноз до 36%.

Гемодинамически значимых препятствий кровотоку не обнаружено.

Линейная скорость кровотока (ЛСК):

Общие и внутренние сонные артерии (ОСА) – S-образный ход слева без гемодинамических нарушений. Позвоночные артерии (ПА): Нарушение хода позвоночных артерий между поперечными отростками шейных позвонков с обеих сторон. Диаметр позвоночных артерий: сегмент V2: слева – 3,3 мм, справа – 3,4 мм. Брахиоцефальный ствол и подключичные артерии (ПКА) с обеих сторон – кровоток магистрального характера.

***Заключение*:** умеренное увеличение толщины комплекса интима-медиа обеих ОСА. Признаки наличия неокклюзирующих гемодинамически незначимых атеросклеротических бляшек в системе обеих каротидных артерий на экстракраниальном уровне. Кровоток на экстракраниальном уровне сохранен. Особенности хода левой ОСА обеих ВСА и ПА без гемодинамических нарушений. Признаки вертеброгенного влияния на обе ПА, более выраженные слева.

Электроэнцефалограмма

В ЭЭГ регистрируется:

- . Альфа-ритм достаточно организованный, хорошо модулированный, амплитудой 60-80мкВ, частотой 9-10Гц, зональные различия сохранены.
- . Бета_{1,2}-волны диффузные, в умеренном количестве, амплитудой 20-25 мкВ.
- . Тета-волны диффузные в умеренном количестве, амплитудой 20-40 мкВ.
- . Дельта-волны диффузные в умеренном количестве, амплитудой 20-30 мкВ.

Функциональные нагрузки:

- . Реакция активации в виде блокады альфа-ритма на открывание глаз отчетливая.
- . Гипервентиляция вызывает незначительное увеличение индекса и амплитуды альфа-ритма, восстановление фоновой ритмики в пределах нормы.
- . Усвоение частоты световой ритмической стимуляции выражено в пределах нормы.

Очаговая, эпилептиформная, пароксизмальная активность при гипервентиляции и световой ритмической стимуляции не регистрируется.

***Заключение*:** ЭЭГ в пределах физиологической нормы данного возраста.

По данным картирования спектров мощности очагов патологической активности не выявлено.

Полисомнографическое исследование

|====

^| Параметр | Значение
| Время начала записи | 0:46:32
| Время окончания записи | 8:36:05
| Время выключения света | 0:46:32
| Время включения света | 8:36:05
| Время в кровати (ВК) | 07:49:33
| Длительность эпохи анализа | 30 с
| Количество эпох
Процент завершенности разметки гипнограммы | 938
100.0%
| Время периода сна (ВПС) | 07:45:03
| Начало периода сна | 0:51:02
| Окончание периода сна | 8:36:05
| Общее время сна (ОВС) | 07:19:30
| Время засыпания
Время наступления устойчивого сна | 00:04:30
00:15:00
| Бодрствование после начала сна | 00:21:30
| Бодрствование во время сна
Бодрствование после финального пробуждения | 00:21:30
00:00:00
| Количество сегментов за время периода сна | 153
| Количество сегментов за время сна | 145
| Латентный период первого пробуждения | 00:05:00
| Латентный период последнего эпизода дельта-сна | 07:44:58
| Количество пробуждений | 8
| Количество пробуждений длительностью более 3 минут | 3
| Индекс эффективности сна 1 (ОВС/ВК) | 93.6%
| Индекс эффективности сна 2 (ВПС/ВК)
Активационный индекс движений | 99.0%
0.00
| Количество активаций | 60
| Индекс активаций | 7.74
| Индекс качества сна | 65.70
| Относительный индекс качества сна | 8.97
| Количество циклов сна | 4
| Латентный период REM сна (от момента засыпания) | 03:15:30
|====

Нарушений дыхания не зарегистрировано. Около 5% времени исследования регистрировался храп.

Минимальное значение сатурации составило 92%. Средние показатели насыщения крови кислородом в течении в пределах нормы – 98%.

Регистрировались периодические движения нижних конечностей без микроактиваций.

СОН: Латентность ко сну в пределах нормы - 5 мин. (при норме <15 мин.).

Индекс эффективности сна в пределах нормы – 93,6% (при норме >90%).

Макроструктура сна в пределах нормы: 1 стадия сна (7,8% при норме < 10%), глубокие стадии сна 3-4 (34,1% при норме > 20%) и REM- стадия сна (20,4% при норме > 20%). Микроструктура сна существенно не нарушена (индекс 7,74 в час, при норме < 10).

Диагноз: неосложненный храп.

Рентгенография органов грудной клетки

Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Пневмосклероз. Корни относительно структурные, широкие за счет сосудистого компонента. Синусы свободны. Сердце - возрастные изменения.

Вероятнее всего, гипогликемия явилась результатом нежелательной побочной реакции на фоне сочетанного применения глибенкламида и

- розувастатина
- ацетилсалициловой кислоты
- атенолола
- омепразола

Снижение скорости клубочковой фильтрации у больного до 48 мл/мин/1,73 м² соответствует + _____ + стадии хронической болезни почек

- 3a
- 4
- 5
- 3b

Как метод борьбы с полипрагмазией и отмены потенциально не рекомендованных лекарственных средств у данного больного следует использовать

- критерии V Маастрихтского соглашения
- шкалу _SCORE_
- шкалу _GerontoNet_
- _STOPP/START_-критерии

У пациента пожилого возраста потенциально некорректно назначение

- глибенкламида
- омепразола
- ацетилсалициловой кислоты
- розувастатина

Повышению риска гипогликемии у данного пациента способствовало

- наличие сопутствующей ишемической болезни сердца
- нерегулярное питание
- наличие избыточной массы тела

- наличие сахарного диабета у матери пациента (отягощенный семейный анамнез)

В связи с высоким риском маскирования симптомов гипогликемии пациентам старше 65 лет с сахарным диабетом потенциально нежелательно применение

- статинов
- антацидов
- неселективных бета-блокаторов
- ингибиторов АПФ

Целевые значения холестерина ЛНП у данного пациента составляют менее _____ ммоль/л или снижение холестерина ЛНП на 50% и более от исходного уровня при отсутствии достижения целевого уровня

- 2,5
- 1,4
- 2,0
- 2,8

Целевые значения систолического АД у данного пациента составляют + _____ + мм рт. ст

- 120 -129
- 110 -119
- 130 -139
- 140 -149

В связи с повышенным риском рецидива язвенной болезни желудка у пожилого пациента, ацетилсалициловую кислоту в качестве средства вторичной профилактики следует

- заменить на дипиридамолом
- отменить
- применять в комбинации с ингибиторами протонной помпы
- применять в комбинации с антацидами

Потенциально некорректной (соответствующему _STOPP_-критериям) является комбинация омепразола и + _____ + для профилактики рецидива язвенной болезни, что требует отмены последнего

- заменить на дипиридамолом
- отменить
- применять в комбинации с ингибиторами протонной помпы
- применять в комбинации с антацидами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 73 лет на повторном приёме у врача-кардиолога. Предыдущий прием 7 дней назад.

Жалобы

На давящие боли за грудиной и одышку при бытовой физической нагрузке (ходьба более 300 м), мышечную слабость и периодически возникающие боли в мышцах ног, отёки ног.

Анамнез заболевания

В течение последних 3 лет на фоне физической нагрузки обычного уровня, а иногда и психоэмоционального стресса возникают приступы умеренных давящих, сжимающих болей за грудиной и в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левое плечо и левую половину шеи. Боли уменьшаются после прекращения физической нагрузки и полностью купируются через 2 минуты после приема нитроглицерина. 1,5 года назад пациентка перенесла инфаркт миокарда боковой стенки левого желудочка. Проводилась коронароангиография, по данным которой выявлено многососудистое поражение коронарных артерий, установлен 1 голометаллический (без лекарственного покрытия) стент в огибающую ветвь левой коронарной артерии. Согласно терапии, скорректированной врачом общей практики по месту жительства, пациентка в течение полутора лет получает ацетилсалициловую кислоту 100 мг 1 раз в сутки, клопидогрел 75 мг 1 раз в сутки, розувастатин 15 мг 1 раз в сутки, омега-3 20 мг 1 раз в сутки, торасемид 5 мг через день, спиронолактон 25 мг 2 раза в сутки, лизиноприл 10 мг 1 раз в сутки, амлодипин 5 мг 1 раз в сутки. По данным липидограммы крови, сделанной две недели назад: общий холестерин - 4,6 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности 2,7 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности 1,09 ммоль/л, триглицериды 1,78 ммоль/л. По рекомендации врача общей практики, полученной неделю назад, доза розувастатина была увеличена до 30 мг 1 раз в сутки. В связи с миалгией больная самостоятельно начала принимать диклофенак.

Анамнез жизни

В течение 8 лет страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры артериального давления 170/110 мм рт. ст., на фоне настоящей терапии артериальное давление находится на уровне 135-140/85-90 мм рт. ст. (по результатам эпизодического самоизмерения АД). Три года назад был диагностирован остеопороз. В детском возрасте – детские инфекционные заболевания, в зрелом возрасте – хронический гастрит. Операции: аппендэктомия. Вдова, имеет взрослого сына. Аллергологический анамнез не отягощен. Не курит, никогда не курила; алкоголь, со слов пациентки, не употребляет. Профессиональные вредности: отрицает, работала бухгалтером. Наследственность: отец имел гипертоническую болезнь.

Объективный статус

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, конституция

гиперстеническая. Рост 168 см, вес 85 кг. Индекс массы тела – $30,1 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 96 см. Температура тела – $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледно-розовые, незначительно выраженный акроцианоз. Периферические симметричные отеки лодыжек и стоп. Пульсация на артериях тыла стопы сохранена, симметрична. Пальпаторная болезненность в икроножных мышцах. В лёгких дыхание с жестким оттенком, выслушиваются незвонкие влажные хрипы в нижних отделах лёгких. ЧДД 20 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см от правого края грудины, верхняя - III ребро, левая на 1 см латеральнее срединноключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = пульс = 90 в 1 мин, АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Старый рубец после аппендэктомии без признаков воспаления и несостоятельности. Печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги, плотноватой консистенции. Размеры по Курлову 12 x 11 x 9 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- заменить на дипиридамол
- отменить
- применять в комбинации с ингибиторами протонной помпы
- применять в комбинации с антацидами

Результаты обследования

Электрокардиография в 12 отведениях

Трансторакальная эхокардиография

Аорта – стенки уплотнены, диаметр корня 3,0 см. Сепарация аортального клапана 1,7 см, створки уплотнены, незначительно кальцинированы. Левое предсердие (передне-задний размер) - 3,6 см, объём 53 мл. Объём правого предсердия 37 мл. Левый желудочек (ЛЖ): конечно-диастолический размер – 4,8 см, конечно-диастолический объём – 105 мл, конечно-систолический объём – 66, ударный объём - 39 мл, фракция выброса ЛЖ – 37%. Толщина межжелудочковой перегородки – 1,4 см, толщина задней стенки ЛЖ – 0,9 см, индекс массы миокарда ЛЖ – $107,7 \text{ г/м}^2$, индекс относительной толщины – 0,38. Зоны нарушения локальной сократимости: гипо-акинез нижней стенки ЛЖ, базального бокового сегментов ЛЖ. Передне-задний размер правого желудочка – 2,8 см. Митральный клапан – створки уплотнены, движение в противофазе, митральная регургитация 1 ст., трехстворчатый клапан – регургитация 1 ст. Систолическое давление в лёгочной артерии 24 мм рт. ст. *Заключение*: эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Глобальная систолическая функция ЛЖ снижена. Нарушение локальной сократимости миокарда. Митральная регургитация 1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст. Диастолическая дисфункция 1 стадии. Признаков легочной гипертензии не выявлено.

Суточное мониторирование артериального давления

|=====

| Показатель | Дневное время | Ночное время
| САД, мм рт. ст. | 141,8 (повышено) | 135,9 (повышено)
| ДАД, мм рт. ст. | 92,7 (повышено) | 85,8 (повышено)
| ПД, мм рт. ст. | 49,0 | 50,0
| Вариабельность САД | 13,4 | 9,4
| Вариабельность ДАД | 9,6 | 8,5

|=====

Примечание. САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ПД – пульсовое артериальное давление. Суточный индекс САД 4,2% (нон-диппер); суточный индекс ДАД 7,4% (нон-диппер). Величина утреннего подъёма САД 29,0 мм рт.ст., ДАД – 31,0 мм рт.ст.; скорость утреннего подъёма САД 7,4 мм рт.ст/час, ДАД – 7,9 мм рт.ст/час (повышена)

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей

Нижняя полая вена и подвздошные вены: проходимы кровотоки фазный, признаков тромбоза не обнаружено.

Общие бедренные вены – правая: стенки ровные, тонкие признаков наличия тромбов нет. Сжимаемость полная. Допплерография - прокрашивание равномерное, кровотоки ламинарные, фазность сохранена, признаков венозной клапанной недостаточности нет.

Левая: стенки ровные, тонкие признаков наличия тромбов нет. Сжимаемость полная. Допплерография - прокрашивание равномерное, кровотоки ламинарные, признаков венозной клапанной недостаточности нет.

Перфорантные вены бедра – не расширены, кровотоки не изменены.

Подколенные вены и глубокие вены голени

Правая: стенки ровные, тонкие признаков наличия тромбов нет. Сжимаемость полная. Допплерография - прокрашивание равномерное, кровотоки ламинарные, фазность сохранена, признаков венозной клапанной недостаточности нет.

Левая: стенки ровные, тонкие признаков наличия тромбов нет. Сжимаемость полная. Допплерография - прокрашивание равномерное, кровотоки ламинарные, фазность сохранена, признаков венозной клапанной недостаточности нет.

Большеберцовые вены - стенки ровные, тонкие признаков наличия тромбов нет. Сжимаемость полная. Допплерография - прокрашивание равномерное, кровотоки ламинарные, признаков венозной клапанной недостаточности нет.

Перфорантные вены голени – незначительно расширены группа Коккета, признаков венозной клапанной недостаточности нет.

Подкожные вены бедра и голени – стенки ровные, тонкие, просвет анэхогенный, сжимаемость полная, признаков тромбоза нет, кровотоки не изменены.

Заключение: структурных и функциональных патологических изменений осмотренных вен не обнаружено.

Велоэргометрия

Проведена велоэргометрическая проба с непрерывно ступенчато возрастающей нагрузкой. Начальная мощность 25 Вт, увеличение мощности на каждой

ступени 25 Вт, длительность каждой ступени 3 минуты.

Исходное число сердечных сокращений 81 уд/мин. Исходное АД 135/90 мм рт. ст.

Нагрузка

|====

| Время (мин) | 3 | 3:25

| Мощность (Вт) | 25 | 50

| ЧСС в 1 мин | 93 | 97

| АД (мм рт. ст.) | 145/90 | 150/90

|====

Восстановительный период

|====

| Время (мин) | 2 | 4

| ЧСС в 1 мин | 92 | 83

| АД (мм рт. ст.) | 145/90 | 140/90

|====

Проба прекращена по желанию пациентки, на фоне субъективных жалоб на выраженную усталость в ногах и возникновение одышки.

Общая продолжительность нагрузки 3 мин. 25 сек.

Продолжительность восстановительного периода 4 мин.

Максимальная нагрузка 50 Вт в течение 25 сек. Пороговая нагрузка 25 Вт.

На высоте нагрузки ЧСС 97 уд/мин. При пороговой нагрузке ЧСС 93 уд/мин.

Субмаксимальная ЧСС не достигнута.

АД при пороговой нагрузке 145/90 мм рт. ст. АД при максимальной нагрузке 150/90 мм рт. ст.

Состояние больного во время нагрузки: на третьей минуте возникла смешанная одышка, появилась усталость и дискомфорт в ногах.

Восстановительный период: без особенностей.

На исходной ЭКГ зарегистрирована блокада передней ветви левой ножки п.Гиса.

Изменения на ЭКГ во время восстановительного периода не зафиксированы.

Снижение АД на 4 минуте восстановительного периода до 140/90 мм рт. ст.

Снижение ЧСС на 4 минуте восстановительного периода до 83 уд/мин.

Заключение: проба неинформативна.

Чреспищеводная эхокардиография

При полипозиционном двухмерном сканировании в ушке ЛП и в левом предсердии тромбов не визуализируется, в стенке ушка ЛП небольшие включения кальция. Симптома спонтанного эхоконтрастирования в ЛП не выражен.

Необходимыми для постановки диагноза показателями биохимического профиля являются

- заменить на дипиридамолом
- отменить
- применять в комбинации с ингибиторами протонной помпы
- применять в комбинации с антацидами

Результаты обследования

Креатинфосфокиназа (КФК)

Креатинфосфокиназа 608,0 МЕ/л (норма 24,0-190,0 МЕ/л)

Аланинаминотрансфераза (АЛТ)

Аланинаминотрансфераза 63,0 МЕ/л (норма 5,0-34,0 МЕ/л)

Аспартатаминотрансфераза (АСТ)

Аспартатаминотрансфераза 51 МЕ/л (норма 5,0-31,0 МЕ/л)

Уровень калия крови

Калий 5,94 ммоль/л (норма 3,40-5,30 ммоль/л)

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

Лактатдегидрогеназа 203 МЕ/л (норма 135 - 214 МЕ/л)

Международное нормализованное отношение (МНО)

Международное нормализованное отношение 1,2 (норма 0,7-1,3)

Миалгии у пациентки, вероятнее всего, обусловлены нежелательной реакцией на фоне

- комплексной диуретической терапии
- сочетанного использования клопидогреля и ацетилсалициловой кислоты
- увеличения дозы розувастатина
- взаимодействия лизиноприла с амлодипином

Среди препаратов, принимаемых пациенткой, способностью уменьшать эффективность клопидогреля обладает

- розувастатин
- торасемид
- омепразол
- спиронолактон

Тактика лечения миалгии у пациентки заключается в

- замене диклофенака на кеторолак и контроле уровня глюкозы крови
- замене розувастатина аторвастатином в эквивалентной дозе и контроле уровня аспартатаминотрансферазы
- отмене розувастатина и контроле уровня креатинфосфокиназы
- отмене ацетилсалициловой кислоты и контроле активированного частичного тромбопластинового времени

Коррекция антитромбоцитарной терапии у больной должна заключаться в

- увеличении дозы ацетилсалициловой кислоты до 150 мг/сут
- отмене клопидогреля
- отмене ацетилсалициловой кислоты
- дополнительном назначении апиксабана 2,5 мг x 2 раза в сутки

Оптимизация терапии ИБС и ХСН у пациентки должна заключаться в назначении

- антагонистов витамина К
- сердечных гликозидов
- бета-адреноблокаторов
- никотиновой кислоты

Целью гиполипидемической терапии у данной пациентки является

- снижение уровня общего холестерина ниже 4,5 ммоль/л и холестерина липопротеинов низкой плотности ниже 2,5 ммоль/л
- снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности ниже 1,4 ммоль/л
- снижение уровня триглицеридов ниже 1,7 ммоль/л
- повышение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности выше 1,2 ммоль/л

Гиперкалиемия у пациентки вероятным является неблагоприятным побочным эффектом взаимодействия

- ацетилсалициловой кислоты и высоких доз розувостатина
- спиронолактона и лизиноприла
- амлодипина и торасемида
- омега-3 жирных кислот и клопидогреля

Уменьшению эффективности ингибиторов АПФ и усилению признаков декомпенсации ХСН у больной может способствовать их совместное назначение с

- спиронолактоном
- торасемидом
- розувостатином
- диклофенаком

Дополнительным фактором риска развития гиперкалиемии на фоне приема спиронолактона является

- ожирение
- прием амлодипина и торасемида
- снижение скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м²
- прием ацетилсалициловой кислоты и высоких доз розувостатина

В связи со сниженной фракцией выброса пациентке противопоказано назначение

- ожирение
- прием амлодипина и торасемида

- снижение скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м²
- прием ацетилсалициловой кислоты и высоких доз розувостатина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К., 82 года на приеме у терапевта в поликлинике по месту жительства.

Жалобы

На боли в эпигастрии после приема пищи, изжогу, тошноту, нестабильность артериального давления, боли в обеих голених при ходьбе.

Анамнез заболевания

Около 10 лет артериальная гипертония – принимает периндоприл 4 мг/сут, гидрохлортиазид 25 мг/сут, ранее контролировала артериальное давление на уровне 135/80 мм рт. ст., однако в последние две недели отмечает эпизоды его повышения до 150/100 мм рт. ст при эпизодических самоизмерениях. 7 лет назад поставлен диагноз ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения II функционального класса. В течение последнего года фибрилляция предсердий, перманентная форма. 1,5 месяца назад в связи с нарастанием ФК стенокардии выполнена коронароангиография, установлен один голометаллический стент. Месяц назад при обращении к хирургу по поводу болей в ногах был установлен диагноз «облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей» и назначил пентоксифиллин 400 мг х 3 раза в сутки. В настоящее время в качестве анти тромботической терапии пациентка получает варфарин 5 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту 75 мг/сут, тиклопидин 250 мг 2 раза в сутки, по поводу фибрилляции предсердий - дигоксин 0,125 мг/сут. Также самостоятельно принимает ибупрофен 400 мг по требованию при возникновении болей в нижних конечностях в течение последнего месяца.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: около 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа (принимает глибенкламид, метформин). Перенесенные заболевания: в детском возрасте – краснуха, корь. Операции: холецистэктомия в возрасте 52 лет. Вдова, имеет дочь. Аллергологический анамнез: неотягощен. Не курит, никогда не курила; алкоголь не употребляет. Профессиональные вредности: отрицает, работала преподавателем. Наследственность: отец страдал гипертонической болезнью, умер от инсульта в возрасте 64 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, конституция нормостеническая. Рост 171 см, вес 76 кг. Индекс массы тела – 25,99 кг/м², окружность талии – 95 см. Температура тела – 36,5°С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Кожа стоп и голеней бледная, снижение кожной температуры дистальных отделов обеих нижних конечностей. Ослабление пульсации на артериях тыла стопы с обеих сторон. Подошвенный гиперкератоз. Периферические отеки: не выявлены. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см от правого края грудины,

верхняя - II ребро, левая на 2 см латеральнее срединноключичной линии в V межреберье, Тоны сердца аритмичные за счет фибрилляции предсердий, выслушивается тихий систолический шум на верхушке и на основании мечевидного отростка. ЧСС 63-95 в 1 мин, АД пр = АД лев = 145/90 мм рт. ст. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, незначительная болезненность при пальпации в области эпигастрия. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см. Симптомы Мерфи, Кера, Ортнера, Кача - отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ожирение
- прием амлодипина и торасемида
- снижение скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м²
- прием ацетилсалициловой кислоты и высоких доз розувостатина

Результаты обследования

Эзофагогастродуоденоскопия

Множественные эрозии желудка с налетом фибрина. Эндоскопические признаки гастропатии, ассоциированной с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Ультразвуковое ангиосканирование артерий нижних конечностей ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Абдоминальный отдел аорты и подвздошные артерии выраженный кальциноз, множественные неокклюзирующие бляшки с признаками кальциноза.

Общие бедренные артерии: правая – стенки неровные, кальциноз.

Множественные бляшки с признаками кальциноза, стенозирующие просвет до 75% по площади. Допплерография - кровоток в области стеноза турбулентный

линейная скорость кровотока (ЛСК) до 2,12 м/сек. Дистальнее магистральный

измененный кровоток. Левая - стенки неровные, кальциноз. Множественные бляшки с признаками кальциноза, стенозирующие просвет до 62% по площади.

Допплерография - кровоток в области стеноза турбулентный ЛСК до 1,39 м/сек.

Дистальнее магистральный измененный кровоток;

Подколенные артерии. Правая - стенки неровные, кальциноз. Множественные бляшки с признаками кальциноза, стенозирующие просвет до 86% по площади.

Допплерография - дистальнее стеноза коллатеральный кровоток. Левая - стенки неровные, кальциноз. Множественные бляшки с признаками кальциноза,

стенозирующие просвет до 78% по площади. Допплерография - дистальнее стеноза коллатеральный кровоток.

Большеберцовые артерии и артерии стопы, кровоток коллатеральный билатерально.

***Заключение*:** признаки выраженного распространенного стенозирующего атеросклеротического поражения осмотренных артерий. Ниже подколенных артерий регистрируется коллатеральный кровоток билатерально.

Электрокардиография

Трансторакальная эхокардиография

Аорта – стенки уплотнены, незначительно кальцинированы, диаметр корня 3,3 см. Сепарация аортального клапана 1,7 см, створки уплотнены, незначительно кальцинированы. Левое предсердие (передне-задний размер) – 4,2 см, объём 68 мл. Объём правого предсердия 53 мл. Левый желудочек (ЛЖ): конечно-диастолический размер – 4,6 см, конечно-диастолический объём – 91 мл, конечно-систолический объём – 38, ударный объём - 53 мл, фракция выброса левого желудочка – 58%. Толщина межжелудочковой перегородки – 1,3 см, толщина задней стенки ЛЖ – 1,1 см, индекс массы миокарда левого желудочка – $110,6 \text{ г/м}^2$, индекс относительной толщины – 0,48. Зоны нарушения локальной сократимости: не выявлены. Передне-задний размер правого желудочка – 3,1 см. Митральный клапан – створки уплотнены, движение в противофазе, митральная регургитация 2 ст., трехстворчатый клапан – регургитация 2 ст. Систолическое давление в лёгочной артерии 34 мм рт. ст. *Заключение*: умеренная дилатация полости левого предсердия.

Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена. Зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Митральная регургитация 2 ст. Трикуспидальная регургитация 2 ст. Незначительное повышение давления в лёгочной артерии

Рентгенография органов грудной клетки

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Щитовидная железа: положение типичное, форма гантелевидная

Контуры ровные, четкие. Размеры не увеличены

Правая доля 22x13x50 мм;

Левая доля 21x13x52 мм;

Перешеек 4,1 мм

Объём железы $14,8 \text{ см}^3$

Эхоструктура долей мелкозернистая, средней эхогенности.

При ультразвуковой ангиографии отмечается умеренная васкуляризация.

Объемных образований не обнаружено.

Регионарные лимфоузлы без эхо-структурных изменений.

Заключение: эхо-структурной патологии щитовидной железы не обнаружено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ожирение
- прием амлодипина и торасемида
- снижение скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$
- прием ацетилсалициловой кислоты и высоких доз розувостатина

Результаты обследования

Международное нормализованное отношение

4,1

Глюкоза крови натощак

6,2 ммоль/л

Гликированный гемоглобин

7,4%

Креатинин крови с расчётом скорости клубочковой фильтрации

Креатинин крови 112 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 45 мл/мин/1,73 м²

Фибриноген

3,12 г/л (норма 1,72-5,39 г/л)

Протромбиновое время

10,3 сек (норма 10,1-12,9 сек)

Наиболее вероятно, что жалобы пациентки на боли в эпигастрии, изжогу тошноту явились результатом нежелательной лекарственной реакции между ацетилсалициловой кислотой, варфарином и

- периндоприлом, и гидрохлортиазидом
- тиклопидином, и ибупрофеном
- дигоксином, и пентоксифиллином
- метформином, и глибенкламидом

Вероятнее всего, тенденция к повышению артериального давления у пациентки, наблюдаемая в течение последних 2-х недель, связана с применением

- ибупрофена
- метформина
- дигоксина
- тиклопидина

Для защиты желудочно-кишечного тракта на фоне проводимой терапии пациентке следует назначить

- препараты ферментов поджелудочной железы
- магниево-алюминиевые антацидные средства
- ингибиторы протонной помпы
- м-холинолитики

Коррекция антитромботической терапии у данной больной должна заключаться в

- замене ацетилсалициловой кислоты дипиридамолом
- замене варфарина прасугрелом
- замене тиклопидина клопидогрелем

- добавлении к терапии тикагрелора

Целевое значение международного нормализованного отношения (МНО) в данной клинической ситуации должно составлять

- 3,0-3,4
- 2,0-2,5
- 2,6-2,9
- 3,5-3,7

В связи с риском декомпенсации сахарного диабета больной следует воздержаться от приема

- гидрохлортиазида
- периндоприла
- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина

Риск тромбэмболических осложнений по шкале _CHA2DS2-VASc_ у данной больной составляет + ___ + баллов

- 6
- 5
- 9
- 7

Наиболее рациональной схемой двухкомпонентной комбинированной антигипертензивной терапии у больной с атеросклеротическим поражением периферических артерий является сочетание

- периндоприла и амлодипина
- эналаприла и лозартана
- клонидина и хлорталидона
- атенолола и гидрохлортиазида

Повышенный риск развития дигиталисной интоксикации у пожилых пациентов в первую очередь обусловлен

- малоактивным образом жизни и склонностью к ожирению
- гиперкалиемией вследствие приема блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- несоблюдением режима дозирования препарата вследствие когнитивных нарушений
- снижением СКФ

Применение метформина у пожилых пациентов потенциально нежелательно при

- малоподвижным образом жизни и склонностью к ожирению
- гиперкалиемией вследствие приема блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- несоблюдением режима дозирования препарата вследствие когнитивных нарушений
- снижением СКФ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент П., 81 года на приеме в поликлинике у врача общей практики.

Жалобы

На синкопальное состояние, возникшее сутки назад, на периодически возникающие головные боли давящего характера, повышенную утомляемость, учащенное мочеотделение преимущественно в ночное время.

Анамнез заболевания

Около 14 лет страдает гипертонической болезнью. Лечится нерегулярно, в течение последних двух лет при повышении давления принимал эналаприл 10 мг. Со слов больного не наблюдал выраженного эффекта от терапии, сохранялись повышенные цифры артериального давления - при самоизмерении дома около 160/100 мм рт. ст., пульс 91 уд/мин.

Ухудшение самочувствия возникло около полугода назад, когда появились выраженные давящие, иногда пульсирующие головные боли преимущественно в вечернее время, а также на фоне стресса, повысилась утомляемость. С этого же времени пациент стал отмечать некоторую отечность лица, более выраженную в утренние часы после пробуждения, а также учащение мочеиспускания преимущественно в ночное время (до 3 раз за ночь). Урологом в поликлинике по месту жительства выставлен диагноз «доброкачественная гиперплазия предстательной железы».

На протяжении 3 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, со слов пациента 3-4 пароксизма в год.

В течение последних 3 месяцев согласно назначению врача общей практики, получает периндоприл А 5 мг 1 раз в сутки, амлодипин 5 мг 1 раз в сутки, бисопролол 5 мг 1 раз в сутки, розувастатин 10 мг 1 раз в сутки, клопидогрел 75 мг 1 раз в сутки. В связи с неудовлетворительным контролем артериального давления и частоты сердечных сокращений неделю назад к терапии добавлен верапамил 80 мг 2 раза в сутки.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: закрытоугольная глаукома (применяет латанопрост), депрессивный синдром (принимает amitriptilin).

Перенесенные заболевания: в детском возрасте – корь, ветряная оспа, в пожилом возрасте – эпизод острой задержки мочи в 73 года. Операции: аппендэктомия. Женат, имеет взрослого сына. Аллергологический анамнез: ангионевротический отек около 15 лет назад на неустановленный агент. Не курит, никогда не курил; алкоголь, со слов пациента, не употребляет.

Профессиональные вредности: отрицает, работал инженером. Наследственность: мать имела гипертоническую болезнь, отец – фибрилляцию предсердий.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, конституция нормостеническая. Рост 169 см, вес 59 кг. Индекс массы тела – 20,7 кг/м². Температура тела – 36,6°С.

Умеренно выраженная кифосколиотическая деформация грудного отдела позвоночника. Кожные покровы обычной окраски и влажности.

Периферические отеки не выявлены. Над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. В лёгких дыхание везикулярное с жестким оттенком.

ЧДД 17 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости не расширены.

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 42 в 1 мин. Тихий систолический шум в точке Боткина-Эрба, проводящийся на сосуды шеи и брюшной отдел аорты. Тихий систолический шум на верхушке сердца.

АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры по Курлову 9х8х7 см.

Селезенка не пальпируется.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- малоподвижным образом жизни и склонностью к ожирению
- гиперкалиемией вследствие приема блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- несоблюдением режима дозирования препарата вследствие когнитивных нарушений
- снижением СКФ

Результаты обследования

Электрокардиография в 12 отведениях

Холтеровское мониторирование электрокардиограммы

Длительность мониторирования: 23:54. Регистрировались отведения: V2, V5, avF. За время исследования было проанализировано 65715 комплексов QRST.

Из них к артефактам отнесено 4.4%.

Основной ритм - синусовый, АВ-блокада 2 степени, Мобитц2, проведение 2:1, с полифасцикулярным дополнительным пучком предсердно-желудочкового проведения. Эпизоды АВ-блокады 3 степени.

ЧСС

|=====

|

2+^ | *мин* | *средн* 2+^ | *макс*

| ночь | 35 | ритм синусовый, в 4:16:07 | 38 | 52 | ритм Синусовый, в 1:56:05

| день | 36 | ритм Синусовый, в 7:09:51 | 47 | 55 | ритм Синусовый, в 12:44:57

| всё время | 35 | ритм Синусовый, в 4:16:07 | 46 | 55 | ритм Синусовый, в 12:44:57

|=====

Нарушения желудочковой проводимости

Эпизодов преходящих нарушений проводимости не зарегистрировано.

Наджелудочковая эктопическая активность

Наджелудочковые экстрасистолы не выявлены.

Желудочковая эктопическая активность

Желудочковые экстрасистолы не выявлены.

Паузы (выпадения QRS)

Всего выявлено 22309 (15846 ночью) блокад одного класса - AV-блокада 2 степени, Mobitz2, проведение 2:1.

Длительностью RR: <1.8 сек 22309 (15846 ночью).

Максимальный RR - (AV блокада 3 степени) 1.72 сек. в 4:16:07

Динамика интервала PQ

Эпизоды AV-блокады 3 степени. Всего выявлен 71 эпизод общей продолжительностью 09:04:50 (днём - 01:28:30, ночью - 07:36:20), макс. продолжительность эпизодов за час 60:00 (м:с) с 02:00 до 03:00.

Динамика ST-T

Отклонения сегмента ST не зафиксированы.

Динамика интервала QT

Периодов увеличения интервала QT не зарегистрировано. Периодов укорочения интервала QT не выявлено. Среднесуточная длительность интервалов: QT=0.45 сек., QTc=0.39 сек.

Трансторакальная эхокардиография

Аорта – стенки уплотнены, незначительно кальцинированы, диаметр корня 3,1 см. Сепарация аортального клапана 1,8 см, створки уплотнены, незначительно кальцинированы. Левое предсердие (передне-задний размер) - 3,8 см, объём 56 мл. Объём правого предсердия 44 мл. Левый желудочек (ЛЖ): конечно-диастолический размер – 4,7 см, конечно-диастолический объём – 98 мл, конечно-систолический объём – 37, ударный объём - 61 мл, фракция выброса левого желудочка – 62%. Толщина межжелудочковой перегородки – 1,4 см, толщина задней стенки ЛЖ – 1,1 см, индекс массы миокарда левого желудочка – 136,1 г/м², индекс относительной толщины – 0,47. Зоны нарушения локальной сократимости: не выявлены. Передне-задний размер правого желудочка – 3,0 см. Митральный клапан – створки уплотнены, движение в противофазе, митральная регургитация 1-2 ст., трехстворчатый клапан – регургитация 1-2 ст. Систолическое давление в лёгочной артерии 29 мм рт. ст. *Заключение*: полости сердца не расширены. Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена. Зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 1-2 ст. Диастолическая дисфункция 1 стадии. Признаков легочной гипертензии не выявлено.

Ультразвуковое ангиосканирование брахиоцефальных артерий

Морфологические и гемодинамические параметры

. Комплекс интима-медиа общих сонных артерий на всем протяжении неравномерно концентрически утолщен с обеих сторон: слева – до 1,2 мм; справа – до 1,3 мм, интима уплотнена.

Слева в общей сонной артерии по боковой стенке небольшая по размерам средней эхогенности полуконцентрическая атеросклеротическая бляшка, стеноз по диаметру ~21%.

Справа в области каротидной бифуркации по задней стенке с переходом в наружную сонную артерию лоцируется средней эхогенности атеросклеротическая бляшка, стеноз по площади ~30%; в луковице внутренней сонной артерии по боковой стенке гиперэхогенная полуконцентрическая атеросклеротическая бляшка, стеноз по площади ~34%.

[start=2]

. Линейная скорость кровотока (ЛСК):

Общие сонные артерии (ОСА): изгиб слева

ЛСК слева: $P_s = 80$ см/сек, диаметр слева: 5.5 мм.

ЛСК справа: $P_s = 73$ см/сек, диаметр справа: 5.9 мм.

Внутренние сонные артерии (ВСА): S-образный изгиб билатерально без нарушения локальной гемодинамики

ЛСК слева: $P_s = 75$ см/сек, диаметр слева: 4,1 мм.

ЛСК справа: $P_s = 81$ см/сек, диаметр справа: 5,0 мм.

Наружные сонные артерии (НСА):

ЛСК слева: $P_s = 114$ см/сек, диаметр слева: 4,1 мм.

ЛСК справа: $P_s = 87$ см/сек, диаметр справа: 3,7 мм.

[start=3]

3. Позвоночные артерии (ПА): выраженная извитость ПА в сегментах V1 и V2 с обеих сторон.

Диаметр ПА слева: 3,7 мм Диаметр ПА справа: 3,7 мм

ЛСК: слева $P_s = 63$ см/сек

ЛСК: справа $P_s = 67$ см/сек

[start=4]

. Брахиоцефальный ствол и подключичные артерии (ПКА) с обеих сторон – кровотоки магистрального характера.

Заключение: неокклюзирующие гемодинамически незначимые атеросклеротические бляшки в системе обеих сонных артерий на экстракраниальном уровне. Утолщение комплекса интима-медиа каротидных артерий билатерально. Особенности хода внечерепных отделов магистральных артерий головы без нарушения локальной гемодинамики.

Ультразвуковое исследование почек

Почки с четкими, ровными контурами, правая почка размерами 10,2x4,6 см, левая почка размерами 10,8x6,1 см, подвижность их не изменена. Почечные синусы не расширены. Паренхима почек толщиной справа от 1,4 до 1,5 см, слева до 1,7 см, смешанной эхогенности. Имеет место симптом «визуализируемых пирамидок». Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Чашечно-лоханочная система почек не расширена, с единичными

участками склерозирования и наличием эхоплотных включений, без акустической тени конгломераты солей. При цветовом доплеровском картировании паренхиматозный и магистральный кровоток справа снижен. Мочевой пузырь объёмом 10 мл.

Заключение: эхографическая картина диффузных изменений почек.

Компьютерная томография головного мозга

На серии КТ головного мозга без контрастного усиления получены изображения суб- и супратенториальных структур, дифференциация серого и белого вещества снижена. В области подкорковых узлов и в паренхиме островков обоих полушарий головного мозга отмечаются лакунарные кисты округлой формы, диаметром до 0,7 см. Прочих зон патологической плотности вещества головного мозга больших полушарий, мозжечка и стволовых структур не выявлено. Структуры краниовертебрального перехода не изменены.

Боковые желудочки головного мозга асимметричны ($D > S$), не расширены.

Вентрикуло-краниальный коэффициент $2 = 15\%$. Базальные ликворные цистерны асимметричны, умеренно расширены. Борозды коры конвекситальной поверхности больших полушарий головного мозга и конвекситальные субарахноидальные пространства выражено расширены. Содержимое базальных цистерн, желудочков головного мозга и конвекситальных субарахноидальных пространств имеет ликворную плотность.

Срединные структуры головного мозга не смещены.

Отмечаются атеросклеротические обызвествлённые бляшки вдоль контуров стенок сосудов головного мозга.

Турецкое седло умеренно увеличено в размере до 1,4 см, содержимое слабо неоднородной структуры, параселлярные структуры не изменены, деструкции костных стенок не выявлено.

Внутренние слуховые проходы не расширены, мостомозжечковые углы свободны.

Содержимое орбит без патологических изменений.

При исследовании изображений в костном режиме костно-деструктивных изменений костей черепа не выявлено.

Лобные пазухи развиты асимметрично ($S > D$), имеют ячеистую структуру.

Пневматизация лобных пазух, клеток решетчатых лабиринтов, основной и верхнечелюстных пазух не нарушена. Пневматизация барабанных полостей и ячеек сосцевидных отростков височных костей не нарушена.

***Заключение*:** КТ-картина дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатии, асимметрии желудочковой системы, наружной гидроцефалии на фоне частичной атрофии вещества головного мозга.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- малоактивным образом жизни и склонностью к ожирению
- гиперкалиемией вследствие приема блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- несоблюдением режима дозирования препарата вследствие когнитивных нарушений
- снижением СКФ

Результаты обследования

Клинический анализ крови

|=====

5+^| *Клинический анализ крови*

^| *Показатель* | *Единицы измерения* | *Значение* | *Нижняя граница нормы*
| *Верхняя граница нормы*

| Гематокрит | % | 41 | 36 | 48

| Гемоглобин | г/л | 121 | 120 | 160

| Эритроциты | $10^{12}/л$ | 4,0 | 3.9 | 5.0

| Тромбоциты | $10^9/л$ | 286 | 180 | 320

| Лейкоциты | $10^9/л$ | 7,2 | 4.0 | 9.0

| СОЭ | мм/ч | 10 | 2 | 15

| Нейтрофилы | % | 53 | 47.0 | 72.0

| Лимфоциты | % | 26 | 19.0 | 37.0

| Моноциты | % | 7 | 3.00 | 11.0

| Эозинофилы | % | 1 | 0.5 | 5.0

| Базофилы | % | 1 | 0.0 | 1.0

|=====

Общий анализ мочи

|=====

5+^| *Клинический анализ мочи*

^| *Показатель* | *Единицы измерения* | *Значение* | *Нижняя граница нормы*
| *Верхняя граница нормы*

| pH | ед. pH | 5,2 | 5.0 | 7.0

| Удельная плотность | усл.ед | *1.002* | 1.010 | 1.015

| Белок |

| 0,066 | 0,000 | 0,033

| Глюкоза |

| отрицательно | отрицательный | отрицательный

| Кетоны |

| отрицательно | отрицательный | отрицательный

| Билирубин |

| отрицательно | отрицательный | отрицательный

| Эритроциты | кл/поле зрения | 1 | 0 | 1

| Лейкоциты | кл/поле зрения | 2 | 0 | 6

| Цилиндры |

| отсутствуют | отрицательный | отрицательный

|=====

Альбумин

Альбумин/креатининовое соотношение: 74,3 мг/ммоль (норма < 2,5 мг/ммоль, микроальбуминурия - 2,5-29 мг/ммоль; макроальбуминурия - 30-300 мг/ммоль)

Биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)

|=====

5+^| *Биохимический анализ крови*

^| *Показатель* | *Единицы измерения* | *Значение* | *Нижняя граница нормы*
| *Верхняя граница нормы*

| Глюкоза | ммоль/л | 6,3 | 3.5 | 6.1

| АСТ | Ед/л | 37 | 0.0 | 40.0

| АЛТ | Ед/л | 43 | 0.0 | 40.0

| К⁺ | ммоль/л | 5,5 | 3.5 | 5.1

| Na⁺ | ммоль/л | 135 | 135 | 145

| Триглицериды | ммоль/л | 1,8 | 0.4 | 1.8

| Холестерин общий | ммоль/л | 4,8 | 3.1 | 5.2

| Холестерин ЛПНП | ммоль/л | 2,7 | 2.07 | 3.6

| Холестерин ЛПВП | ммоль/л | 1,3 | 0.78 | 2.2

| Мочевая кислота | мкмоль/л | 420 | 155 | 428

|=====

Креатинин крови с расчётом скорости клубочковой фильтрации

Креатинин крови 122 мкмоль/л (норма 53,0-106,0 мкмоль/л)

Скорость клубочковой фильтрации 55 мл/мин/1,73 м²

Анализ крови на коагулологические параметры

|=====

5+^| *Коагулология*

^| *Показатель* | *Единицы измерения* | *Значение* | *Нижняя граница нормы*
| *Верхняя граница нормы*

| Протромбиновое время | секунды | 10,5 | 10,1 | 12,9

| Протромбиновый индекс | % | 103 | 80 | 100

| Международное нормализованное отношение | – | 0,97 | 0,7 | 1,3

| Активированное частичное тромбопластиновое время | секунды | 25,5 | 24,0 | 39,0

| Фибриноген | г/л | 5,09 | 1,72 | 5,39

| Тромбиновое время | сек | 6,9 | 4,9 | 6,9

| D-димер | нг/мл | 234 2+^| до 500

|=====

**Вероятнее всего, синкопальное состояние явилось результатом
нежелательной лекарственной реакции на фоне сочетанного применения**

- розувастатина и периндоприла
- амлодипина и клопидогрела
- бисопролола и верапамила
- латанопроста и клопидогрела

**Уровень креатинина плазмы соответствует + _____ + стадии хронической
болезни почек**

- 3б
- 5

- 3а
- 4

В силу наличия в анамнезе ангионевротического отёка из числа назначенных препаратов пациенту абсолютно противопоказано назначение

- бисопролола
- периндоприла
- латанопрота
- розувастатина

У пациента отсутствуют показания к назначению

- амлодипина
- латанопроста
- розувастатина
- клопидогреля

Из получаемых пациентом препаратов риском ухудшения глаукомы обладает

- amitриптилин
- амлодипин
- бисопролол
- периндоприл

С учетом имеющейся у больного аденомой предстательной железы, нежелательно назначение + _____ +, как препарата, повышающего риск острой задержки мочи

- amitриптилина
- верапамила
- латанопроста
- бисопролола

3 балла по шкале антихолинергической нагрузки добавляет прием

- amitриптилина
- верапамила
- бисопролола
- латанопроста

Больному с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий согласно _START_ (_ Screening Tool to Alert to Right Treatment _) критериям показано назначение

- тикагрелора
- ацетилсалициловой кислоты

- дипиридамола пролонгированного действия
- орального антикоагулянта

Выявленная у пациента гиперкалиемия может быть неблагоприятным побочным эффектом приема

- периндоприла
- розувастатина
- амитриптилина
- верапамила

В соответствии со _STOPP_ (_Screening Tool of Older Persons' Prescriptions_) критериями у данного пациента к категории потенциально не рекомендованных препаратов относится

- периндоприла
- розувастатина
- амитриптилина
- верапамила

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 68 лет обратился на амбулаторный прием к урологу.

Жалобы

Затрудненное мочеиспускание, необходимость натуживаться при мочеиспускании, ночные мочеиспускания до 3 раз.

Анамнез заболевания

Наблюдается в поликлинике по месту жительства у уролога по поводу доброкачественной гиперплазии простаты в течение трех лет. Лечения не получал.

Анамнез жизни

Без особенностей. Месяц назад проходил диспансерный осмотр в поликлинике по месту жительства. На предоставленной ЭКГ – ритм синусовый, правильный. ЭОС – нормальное положение. Признаков ишемии не выявлено.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 181 см, масса тела 92 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС равна пульсу - 76 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Область почек не изменена, безболезненна. Стул регулярный.

Область мочевого пузыря не изменена. Мочеиспускание самостоятельное.

Индекс Бартел 100/100. Тест "Mini-Cog" 5/5: непосредственное воспроизведение 3 слов; тест рисования часов 2/2 баллов.

Для оценки выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей следует использовать

- периндоприла
- розувастатина
- amitриптилина
- верапамила

Результаты обследования

Международный индекс симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS)

Суммарный балл IPSS 20. Симптомы опорожнения – 15, симптомы накопления – 5

Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5)

20 баллов

Шкала CHA2DS2-VASc

Не используется у пациентов с синусовым ритмом

HAS-BLED

Не используется у пациентов с синусовым ритмом

Объективным методом определения скорости потока мочи является

- периндоприла
- розувастатина
- amitриптилина
- верапамила

Результаты обследования

Урофлоуметрия

$Q_{max} = 13,6 \text{ мл/с}$

УЗИ почек и мочевого пузыря

Почки:

Расположение – справа и слева обычное.

Размеры – справа 9,0x4,7 см и слева 10,0x5,4 см, не изменены.

Контуры – ровные с обеих сторон

Паренхима – сохранена с обеих сторон

Эхогенность – средняя с обеих сторон

Структура – однородная с обеих сторон

Толщина паренхимы – справа и слева в средней трети по 15 мм.

ЧЛС – не расширена с обеих сторон

Конкременты – справа и слева нет

Образования – справа и слева нет

Надпочечники – с обеих сторон не визуализируются.

Заключение: УЗ признаков патологии обеих почек на момент исследования не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреция контрастного вещества своевременная, пассаж контрастного вещества на всем протяжении. Теней конкрементов не выявлено.

Общий анализ мочи

|=====

| Показатель | Результат | Единица измерения
3+^| Физико-химические свойства (Cobas u 601):
| Удельный вес | 1,029 |

| рН | 6 | у.е.
| Лейкоциты (лейкоцитарная эстераза) | 0 | /мкл
| Нитриты | Не обнаружено | см. комм.
| Белок | 0 | г/л
| Глюкоза | 0 | ммоль/л
| Кетоны | 0 | ммоль/л
| Уробилиноген | 0 | мкмоль/л
| Билирубин | 0 | мкмоль/л
| Эритроциты (гемоглобин) | 0 | /мкл
| Цвет | Насыщенно желтая | см. комм.
| Прозрачность | прозрачная | см. комм.

|=====

Объективным скрининговым методом определения степени нарушения опорожнения мочевого пузыря является

- периндоприла
- розувастатина
- амитриптилина
- верапамила

Результаты обследования

Ультразвуковое определение объема остаточной мочи

Объём остаточной мочи 120 мл

Цистография

Мочевой пузырь округлой формы, стенки четкие, ровные.

УЗИ почек

Почки:

Расположение – справа и слева обычное.

Размеры – справа 9,0x4,7 см и слева 10,0x5,4 см, не изменены.

Контуры – ровные с обеих сторон

Паренхима – сохранена с обеих сторон

Эхогенность – средняя с обеих сторон

Структура – однородная с обеих сторон

Толщина паренхимы – справа и слева в средней трети по 15 мм.

ЧЛС – не расширена с обеих сторон

Конкременты – справа и слева нет

Образования – справа и слева нет

Надпочечники – с обеих сторон не визуализируются.

Заключение: УЗ признаков патологии обеих почек на момент исследования не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреция контрастного вещества своевременная, пассаж контрастного вещества на всем протяжении. Теней конкрементов не выявлено.

Методом исследования, позволяющим измерить объем предстательной железы и аденоматозных узлов, является + _____ + ультразвуковое исследование предстательной железы

- периндоприла
- розувастатина
- амитриптилина
- верапамила

Результаты обследования

Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы

Объем 53 мл.

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование предстательной железы

Визуализация затруднена из-за метеоризма. Почки обычно расположены.

Дополнительные образования, свободная жидкость в полости малого таза не визуализируются.

Трансректальное пальцевое ультразвуковое исследование предстательной железы

На расстоянии 4,5 см от ануса пальпируются две овоидные доли, увеличенные до 3,5x4 см, плотно-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью.

Дополнительные образования не пальпируются. Слизистая оболочка кишки подвижная, не инфильтрирована.

Трансуретральное ультразвуковое исследование предстательной железы

Патологии стенки мочеиспускательного канала не выявлено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- периндоприла
- розувастатина
- амитриптилина
- верапамила

Результаты обследования

Простатоспецифический антиген (ПСА)

2,5 нг/мл (норма до 4,0 нг/мл)

Общий анализ мочи

|=====

| Показатель | Результат | Единица измерения

3+^| Физико-химические свойства (Cobas u 601):

| Удельный вес | 1,029 |

| pH | 6 | у.е.

| Лейкоциты (лейкоцитарная эстераза) | 0 | /мкл

| Нитриты | Не обнаружено | см. комм.

| Белок | 0 | г/л

| Глюкоза | 0 | ммоль/л

| Кетоны | 0 | ммоль/л

| Уробилиноген | 0 | мкмоль/л

| Билирубин | 0 | мкмоль/л

| Эритроциты (гемоглобин) | 0 | /мкл

| Цвет | Насыщенно желтая | см. комм.

| Прозрачность | прозрачная | см. комм.

|====

Креатинин сыворотки

Креатинин сыворотки 96 мкмоль/л (норма 50-115 мкмоль/л)

Анализ мочи на суточную протеинурию

0,015 г/сут

Креатинфосфокиназа (КФК)

50 (норма 20-200 МЕ/л)

С-реактивный протеин

3 ЕД (норма 0-5 ЕД)

Сумма баллов по шкале Международного индекса симптомов при заболеваниях простаты (IPSS) = 20 соответствует + _____ + степени нарушения мочеиспускания

- выраженной
- незначительной
- умеренной
- критической

С учетом жалоб, анамнеза, результатов инструментального обследования больному может быть установлен диагноз

- выраженной
- незначительной
- умеренной
- критической

Диагноз

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Острый простатит

Рак предстательной железы

Стрессовое недержание мочи

Препаратами «первой линии» в лечении доброкачественной гиперплазии простаты с симптомами фазы опорожнения при отсутствии задержки мочи являются

- блокаторы медленных кальциевых каналов
- альфа2-адреноблокаторы
- бета2-адреноблокаторы
- альфа1-адреноблокаторы

Для уменьшения вероятности прогрессирования заболевания больному следует назначить

- ингибитор протонной помпы
- ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
- ингибитор 5 альфа-редуктазы
- N-холиноблокатор

Наиболее часто встречающимся побочным эффектом ингибиторов 5α-редуктазы является

- дислипидемия
- ухудшение сексуальной функции
- сухость во рту
- артериальная гипотензия

До достижения значимого клинического эффекта длительность приема ингибиторов 5-альфа редуктазы должна составлять не менее + _____ + месяцев

- 6
- 12
- 120
- 1,5

Популярными препаратами, используемыми для лечения ДГПЖ, эффективность которых не доказана, являются

- 6
- 12
- 120
- 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 73 года обратился на амбулаторный прием.

Жалобы

Затрудненное мочеиспускание, необходимость натуживаться при мочеиспускании, ночные мочеиспускания до 1 раза.

Анамнез заболевания

В течение 10 лет наблюдается по поводу доброкачественной гиперплазии простаты. По поводу нарушения акта мочеиспускания врачом назначены растительные препараты.

Анамнез жизни

Без особенностей. Месяц назад проходил диспансерный осмотр в поликлинике по месту жительства. На предоставленной ЭКГ – ритм синусовый, правильный. ЭОС – нормальное положение. Признаков ишемии не выявлено.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС равна пульсу - 74 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Область почек не изменена, безболезненна. Стул регулярный. **Для оценки выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей следует использовать**

- 6
- 12
- 120
- 1,5

Результаты обследования

Международный индекс симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS)

Средний балл IPSS 15. Симптомы опорожнения – 14, симптомы накопления – 1

Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5)

18 баллов

Шкала Нортон

18 баллов

Шкала HAS-BLED

Не используется у пациентов с синусовым ритмом

Объективным методом определения скорости потока мочи является

- 6
- 12
- 120
- 1,5

Результаты обследования

Урофлоуметрия

Qmax = 13,6 мл/с

УЗИ почек и мочевого пузыря

Почки:

Расположение – справа и слева обычное.

Размеры – справа 9,0x4,7 см и слева 10,0x5,4 см, не изменены.

Контуры – ровные с обеих сторон

Паренхима – сохранена с обеих сторон

Эхогенность – средняя с обеих сторон

Структура – однородная с обеих сторон

Толщина паренхимы – справа и слева в средней трети по 15 мм.

ЧЛС – не расширена с обеих сторон

Конкременты – справа и слева нет

Образования – справа и слева нет

Надпочечники – с обеих сторон не визуализируются.

Мочевой пузырь: наполнение удовл. 450 мл

Контуры – внутренний – ровный; наружный – ровный

Стенка – структура – не изменена, не утолщена диаметр до 5 мм.

Образования – нет

Мочеточники - с обеих сторон не визуализируются.

***Заключение*:** УЗ признаков патологии обеих почек, мочевого пузыря на момент исследования не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреция контрастного вещества своевременная, пассаж контрастного вещества на всем протяжении. Теней конкрементов не выявлено.

Общий анализ мочи

|====

| Показатель | Результат | Единица измерения

3+^| Физико-химические свойства (Cobas u 601):

| Удельный вес | 1,029 |

| pH | 6 | у.е.

| Лейкоциты (лейкоцитарная эстераза) | 0 | /мкл

| Нитриты | Не обнаружено | см. комм.

| Белок | 0 | г/л

| Глюкоза | 0 | ммоль/л

| Кетоны | 0 | ммоль/л

| Уробилиноген | 0 | мкмоль/л

| Билирубин | 0 | мкмоль/л

| Эритроциты (гемоглобин) | 0 | /мкл

| Цвет | Насыщенно желтая | см. комм.

| Прозрачность | прозрачная | см. комм.

|=====

Объективным методом скрининговой оценки степени опорожнения мочевого пузыря является

- 6
- 12
- 120
- 1,5

Результаты обследования

Ультразвуковое определение объема остаточной мочи

Объём остаточной мочи 148 мл

Цистография

Мочевой пузырь округлой формы, стенки четкие, ровные.

УЗИ почек

Почки обычно расположены, обычных размеров. Дифференциация коркового вещества не нарушена. УЗ признаков патологии обеих почек на момент исследования не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреция контрастного вещества своевременная, пассаж контрастного вещества на всем протяжении. Теней конкрементов не выявлено.

Методом исследования, позволяющим измерить объем предстательной железы и аденоматозных узлов, является

- цистография
- трансректальное УЗИ предстательной железы
- восходящая уретрография
- нисходящая уретрография

Всем больным с признаками доброкачественной гиперплазии предстательной железы для исключения рака целесообразно оценить концентрацию

- цистография
- трансректальное УЗИ предстательной железы
- восходящая уретрография
- нисходящая уретрография

Результаты обследования

Концентрация простатспецифического антигена

0,95 (норма <4,0)

СА-19-9

0 (норма 0-34 МЕ\мл)

Концентрация альфа-фетопротеина

1 (норма до 7,3 МЕ/мл)

Концентрация ракового эмбрионального антигена

2 (норма 0-5,5 нг/мл)

С учетом жалоб, анамнеза, результатов инструментального обследования (по данным трансректального УЗИ предстательной железы ее объем составляет 59,3 мл)

больному может быть установлен диагноз

- цистография
- трансректальное УЗИ предстательной железы
- восходящая уретрография
- нисходящая уретрография

Диагноз

Доброкачественная гиперплазия простаты

Острый простатит

Рак предстательной железы

Стрессовое недержание мочи

Препаратами «первой линии» в лекарственной терапии данного пациента являются

- ганглиоблокаторы
- блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
- бета₂-адреноблокаторы
- альфа₁-адреноблокаторы

Клиническим предиктором высокой вероятности прогрессирования аденомы простаты является

- объем остаточной мочи более 100 мл
- объем простаты более 30 мл
- толщина стенки мочевого пузыря более 5 мм
- пиелокаликэктазия

Лабораторным предиктором высокой вероятности прогрессирования аденомы простаты является

- гематурия
- уровень ПСА более 1,5 нг/мл
- протеинурия более 3,5 г/сутки
- повышение уровня креатинина

Для снижения риска прогрессирования заболевания больному следует назначить препарат из группы

- альфа1-адреноблокаторов
- ингибиторов 5 альфа-редуктазы
- N-холиноблокаторов
- H2-блокаторов

Для достижения значимого клинического эффекта ингибиторы 5α-редуктазы следует принимать не менее + ___+ месяцев

- 2
- 50
- 12
- 6

Повторные обследования мужчинам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, имеющих положительный эффект от получаемой медикаментозной терапии, следует проводить 1 раз в

- 2
- 50
- 12
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет обратился на амбулаторный прием.

Жалобы

На частые позывы к мочеиспусканию, эпизоды недержания мочи при позыве к мочеиспусканию, прерывание ночного сна для мочеиспускания.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение 1,5 лет. Неоднократно обращался к урологу. Лечение не проводилось.

Анамнез жизни

Без особенностей. Месяц назад проходил диспансерный осмотр в поликлинике по месту жительства. На предоставленной ЭКГ – ритм синусовый, правильный. ЭОС – нормальное положение. Изменения сегмента ST не выявлены.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС равна пульсу - 78 в 1 мин, АД 138/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» по поясничной области отрицательный. Стул в норме.

Для оценки выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей следует использовать

- 2
- 50
- 12
- 6

Результаты обследования

Международный индекс симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS)

Средний балл IPSS 18. Из них: симптомы опорожнения - 4, симптомы накопления – 14.

Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5)

18 баллов

Шкала HAS-BLED

Не используется у пациентов с синусовым ритмом

Шкала Нортон

18 баллов

Объективным методом определения скорости потока мочи является

- 2
- 50
- 12
- 6

Результаты обследования

Урофлоуметрия

$Q_{\max} = 10.0 \text{ мл/с}$

УЗИ почек и мочевого пузыря

Почки: Расположение – справа и слева обычное.

Размеры – справа 10,8x4,3 см и слева 11,0x5,1 см, не изменены.

Контуры – ровные с обеих сторон

Паренхима – сохранена с обеих сторон

Эхогенность – средняя с обеих сторон

Структура – однородная с обеих сторон

Толщина паренхимы – справа и слева в средней трети по 12 мм.

ЧЛС – не расширена с обеих сторон

Конкременты – справа и слева нет

Образования – справа и слева нет

Надпочечники – с обеих сторон не визуализируются.

Мочевой пузырь: наполнение удовл. 105 мл

Контуры – внутренний – ровный

наружный – ровный

Стенка – структура – не изменена, не утолщена диаметр до 5 мм.

Образования – нет

Мочеточники - с обеих сторон не визуализируются.

***Заключение*:** УЗ признаков патологии обеих почек, мочевого пузыря на момент исследования не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреция контрастного вещества своевременная, пассаж контрастного вещества на всем протяжении. Теней конкрементов не выявлено.

Хромоцистоскопия

Нарушения выделительной функции почек не получено.

Методом объективной оценки степени опорожнения мочевого пузыря является

- 2
- 50
- 12
- 6

Результаты обследования

Ультразвуковое определение объема остаточной мочи

Объем остаточной мочи 22 мл

Цистография

Мочевой пузырь округлой формы, стенки четкие, ровные.

УЗИ почек

УЗ признаков патологии обеих почек, мочевого пузыря на момент исследования не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреторная функция обеих почек с 7 минуты.

Справа ЧЛС не расширена равномерно заполняется контрастным веществом.

Слева ЧЛС не расширена, равномерно заполняется контрастным веществом.

Мочеточники прослеживаются фрагментарно, не расширены.

Наиболее точным методом определения размеров предстательной железы и аденоматозных узлов является

- 2
- 50
- 12
- 6

Результаты обследования

Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы.

Объем 38 см.

Трансвезикальное УЗИ

Исследование не проводилось из-за отказа пациента

Цистография по Кнайзи-Шоберу

Стенки мочевого пузыря ровные. Дополнительных внутрипузырных образований не визуализируется

Трансперитонеальное УЗИ

Объем предстательной железы 35 см.

Маркером вероятного рака предстательной железы является

- 2
- 50
- 12
- 6

Результаты обследования

Простат-специфический антиген

|=====

| Исследование | Результат | Единицы | Референсные значения

| ПСА общий | 1,8 | нг/мл | <4,0

|=====

Щелочная фосфатаза

56 МЕ/л (норма 50-150 МЕ/л)

Альфа-фетопротеин

5 (норма до 7,3 МЕ/мл)

Раковый эмбриональный антиген

1 (норма 0—5,5 нг/мл)

Методом оценки частоты мочеиспусканий, количества эпизодов недержания мочи, эпизодов urgency за сутки является

- дневник артериального давления
- дневник потребления жидкости
- тест с прокладкой
- дневник мочеиспусканий

Наиболее достоверным методом определения вида нарушений мочеиспускания является

- дневник артериального давления
- дневник потребления жидкости
- тест с прокладкой
- дневник мочеиспусканий

Результаты обследования

Комплексное уродинамическое исследование

Детрузорная гиперактивность. Ургентное недержание мочи.

Урофлоуметрия

$Q_{max} = 10$ мл/с, $Q_{ave} = 8,3$ мл/с, $t_{mict} = 32$ с

Дневник мочеиспусканий

|====

| Время | Объем выделенной мочи, мл | Неотложный позыв | Подтекания | Объем
и качество выпитой жидкости

| 7:00 2+^ | Проснулся |

|

| 7:15 | 200 | - | - |

| 7:30 | 100 | X | X |

| 10:10 |

|

|

| 300

| 10:30 | 275 | X |

|

| 11:30 | 150 | - | - |

| 12:30 | 220 | - | - |

| 15:00 | 220 | - | - |

| 15:45 |

|

|

| 300

| 17:30 | 175 | - | - |

| 18:00 |

|

|

| 250

| 19:45 | 100 | - | - |

| 20:30 |

|

|

| 250

| 22:30 | 100 | - | - |

| 23:00 2+^| Лег спать |

|

| 3:30 | 250 | - | - |

| 5:30 | 100 | X | - |

|

2+^| Суточный объем мочи, мл 2+^| Суточный объем выпитой жидкости, мл

|

2+^| 1920 2+^| 1100

|====

Цистография

С учетом жалоб, анамнеза, результатов инструментального обследования больному может быть установлен диагноз

- дневник артериального давления
- дневник потребления жидкости
- тест с прокладкой
- дневник мочеиспусканий

Диагноз

Доброкачественная гиперплазия простаты, детрузорная гиперактивность, ургентное недержание мочи

Острый цистит

Острый простатит

Стрессовое недержание мочи

При наличии детрузорной гиперактивности лекарственную терапию пациента следует начать с препарата из группы

- М-холинолитиков
- Н2-блокаторы
- альфа2-адреноблокатор
- блокатор медленных кальциевых каналов

Основным побочным эффектом М-холинолитиков является

- брадикардия
- извращение вкуса

- сухость во рту
- постуральная гипотензия

В случае неэффективности или непереносимости М-холинолитиков пациенту может быть назначен препарат из группы

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H₂-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Офтальмологическим противопоказанием для назначения М-холинолитиков является

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H₂-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 года обратился на амбулаторный прием.

Жалобы

Затрудненное мочеиспускание, необходимость натуживаться при мочеиспускании, ночные мочеиспускания. Недержание мочи при позыве к акту мочеиспускания.

Анамнез заболевания

В течение 7 лет наблюдается по поводу доброкачественной гиперплазии простаты. В течение последнего года после перенесенного ОНМК к затрудненному мочеиспусканию присоединилось недержание мочи. Ранее с положительным эффектом принимал альфа1-адреноблокаторы. Препарат и дозировку не помнит. Год назад перенес ишемический инсульт головного мозга. По поводу нарушения акта мочеиспускания врачом-урологом назначены растительные препараты.

Анамнез жизни

Без особенностей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. После ОНМК реабилитация с хорошим восстановлением: передвигается и обслуживает себя самостоятельно.

Для оценки выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей следует использовать

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H₂-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Результаты обследования

Международный индекс симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS)

Суммарный балл IPSS 24. Из них: симптомы опорожнения 13, симптомы накопления 11.

Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5)

18 баллов

Шкала Нортон

18 баллов

Опросник SARC-F

2 балла - низкий риск саркопении

Объективным методом определения скорости потока мочи является

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H₂-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Результаты обследования

Урофлоуметрия

Q_{max} = 5.0 мл/с

УЗИ почек и мочевого пузыря

Почки: Расположение – справа и слева обычное.

Размеры – справа 10,5x4,4 см и слева 10,8x4,8 см, не изменены.

Контуры – ровные с обеих сторон

Паренхима – сохранена с обеих сторон

Эхогенность – средняя с обеих сторон

Структура – однородная с обеих сторон

Толщина паренхимы – справа и слева в средней трети по 14 мм.

ЧЛС – не расширена с обеих сторон

Конкременты – справа и слева нет

Образования – справа и слева нет

Надпочечники – с обеих сторон не визуализируются.

Мочевой пузырь: наполнение удовл. 180 мл

Контуры – внутренний – ровный

наружный – ровный

Стенка – структура – не изменена, не утолщена диаметр до 5 мм.

Образования – нет

Мочеточники - с обеих сторон не визуализируются.

***Заключение*:** УЗ признаков патологии обеих почек, мочевого пузыря на момент исследования не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреция контрастного вещества своевременная, пассаж контрастного вещества на всем протяжении. Теней конкрементов не выявлено.

Проба Зимницкого

|=====

| Порция мочи (№ банки) | Время (часов) | Количество мочи (мл) |

Относительная плотность (удельный вес) мочи | Диурез

| 1 | 9.00 | 100 | 1030 .4+| Дневной диурез

ДД=700 мл

| 2 | 12.00 | 150 | 1020

| 3 | 15.00 | 200 | 1016

| 4 | 18.00 | 250 | 1020

| 5 | 21.00 | 150 | 1018 .4+| Ночной диурез

НД=500 мл

| 6 | 24.00 | 100 | 1018

| 7 | 03.00 | 70 | 1020

| 8 | 06.00 | 180 | 1030

4+|

| Суточный диурез

СД=1200 мл

|=====

Объективным методом оценки степени опорожнения мочевого пузыря является

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H₂-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Результаты обследования

Ультразвуковое определение объема остаточной мочи

Объем остаточной мочи 80 мл

Цистография

Мочевой пузырь округлой формы, стенки четкие, ровные.

УЗИ почек

Почки обычно расположены, обычных размеров. Дифференциация коркового вещества не нарушена. УЗ признаков патологии обеих почек на момент исследования не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреция контрастного вещества своевременная, пассаж контрастного вещества на всем протяжении. Теней конкрементов не выявлено.

Наиболее точным методом исследования, позволяющим измерить объем предстательной железы и аденоматозных узлов, является

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H₂-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Результаты обследования

Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы

Объем железы 38 см³

Трансвезикальное УЗИ

Не проведено из-за отказа пациента

Цистография по Кнайзи-Шоберу

Мочевой пузырь округлой формы, стенки четкие, ровные

Трансперитонеальное УЗИ

Визуализация затруднена из-за метеоризма. Дополнительных образований и свободной жидкости в брюшной полости и полости малого таза не визуализируется

Маркером развития рака предстательной железы является

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H₂-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Результаты обследования

Простат-специфический антиген

|=====

| Исследование | Результат | Единицы | Референсные значения

| ПСА общий | 2,59 | нг/мл | <4,0

|=====

СА-125

10 (норма 0-35 МЕ/мл)

Ревматоидный фактор

2 (норма <14 МЕ/мл)

Раковый эмбриональный антиген

1 (норма 0—5,5 нг/мл)

Наиболее достоверным методом определения вида нарушений мочеиспускания является

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H2-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Результаты обследования

Комплексное уродинамическое исследование

Детрузорная гиперактивность, ургентное недержание мочи, инфравезикальная обструкция.

Урофлоуметрия

Q_{max} = 5 мл/с

Дневник мочеиспусканий

|====|

| Время | Объем выделенной мочи, мл | Неотложный позыв | Подтекания | Объем и качество выпитой жидкости

| 7:00 2+[^] | Проснулся |

|

| 7:15 | 200 | - | - |

| 7:30 | 100 | X | X |

| 10:10 |

|

|

| 300

| 10:30 | 275 | X |

|

| 11:30 | 150 | - | - |

| 12:30 | 220 | - | - |

| 15:00 | 220 | - | - |

| 15:45 |

|

|

| 300

| 17:30 | 175 | - | - |

| 18:00 |

|

|

| 250

| 19:45 | 100 | - | - |

| 20:30 |

|

|

| 250

| 22:30 | 100 | - | - |

| 23:00 2+^| Лег спать |

|

| 3:30 | 250 | - | - |

| 5:30 | 100 | X | - |

|

2+^| Суточный объем мочи, мл 2+^| Суточный объем выпитой жидкости, мл

|

2+^| 1920 2+^| 1100

|====

Цистография

С учетом жалоб, анамнеза, результатов инструментального обследования больному может быть установлен диагноз

- β -адреноблокаторов
- β -адреномиметиков
- H₂-блокаторов
- ингибиторов 5 α -редуктазы

Диагноз

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, нейрогенная детрузорная гиперактивность, ургентное недержание мочи

Острый цистит

Рак предстательной железы

Стрессовое недержание мочи

Препаратами «первой линии» в лекарственной терапии данного пациента являются

- ингибиторы 5 альфа-редуктазы
- альфа1-адреноблокаторы
- М-холиноблокаторы
- альфа 2-адреноблокаторы

Для коррекции симптомов накопления больному следует назначить препарат из группы

- H2-блокаторов
- М-холинолитиков
- альфа2-адреноблокаторы
- ингибиторы 5 альфа-редуктазы

Препаратом выбора для лечения ургентности и ургентного недержания мочи у мужчины с доброкачественной гиперплазией простаты и неврологическим заболеванием с нарушением когнитивной функции является

- оксибутинин
- солифенацин
- троспия хлорид
- толтеродин

В случае неэффективности или непереносимости М-холинолитиков больному может быть назначен препарат из группы

- ганглиоблокаторов
- H2-блокаторов
- ингибитора 5 α -редуктазы
- β -адреномиметиков

В случае неэффективности α 1-адреноблокаторов в отношении симптомов опорожнения и положительном эффекте М-холинолитиков в отношении симптомов накопления мочевого пузыря у больного следует рассмотреть возможность

- ганглиоблокаторов
- H2-блокаторов
- ингибитора 5 α -редуктазы
- β -адреномиметиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 78 лет обратился на амбулаторный приём уролога.

Жалобы

На затруднённое мочеиспускание тонкой, вялой струёй, необходимость натуживаться при мочеиспускании, прерывание ночного сна для мочеиспускания.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение нескольких лет. При обследовании у уролога выявлено увеличение в размерах предстательной железы. Лечения не получал. Неврологические заболевания, сахарный диабет не выявлены. Травм, оперативных вмешательств на органах мочеполовой системы не отмечает.

Анамнез жизни

Проживает в санатории для ветеранов труда. На предоставленной ЭКГ – ритм синусовый, правильный. ЭОС – нормальное положение. Изменения сегмента ST не выявлены.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 80 кг. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС равна пульсу - 70 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

Функциональная активность снижена (индекс Бартел 90Б)

Низкий риск тяжелых когнитивных нарушений (5Б по тесту МИНИ КОГ)

Для оценки выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей следует использовать

- ганглиоблокаторов
- H₂-блокаторов
- ингибитора 5 α -редуктазы
- β -адреномиметиков

Результаты обследования

Международный индекс симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS)

Суммарный балл IPSS 28. Из них: симптомы опорожнения 18, симптомы накопления 10.

Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5)

18 баллов

Шкала Нортон

18 баллов

Шкала HAS-BLED

Не используется у больных с синусовым ритмом

Сумма баллов по шкале IPSS 28 соответствует + _____ + степени нарушения мочеиспускания

- умеренной
- выраженной
- низкой
- незначительной

Методом диагностики, позволяющим оценить количество мочеиспусканий в сутки и отличить никтурию от ноктурии, является

- урография
- полисомнография
- тест с прокладкой
- дневник мочеиспусканий

Методом объективной оценки объёма остаточной мочи является

- урография
- полисомнография
- тест с прокладкой
- дневник мочеиспусканий

Результаты обследования

УЗИ мочевого пузыря

Стенка мочевого пузыря истончена. Остаточной мочи 210 мл.

УЗИ почек

Почки: Расположение – справа и слева обычное.

Размеры – справа 10,5x4,4 см и слева 10,8x4,8 см, не изменены.

Контуры – ровные с обеих сторон

Паренхима – сохранена с обеих сторон

Эхогенность – средняя с обеих сторон

Структура – однородная с обеих сторон

Толщина паренхимы – справа и слева в средней трети по 14 мм.

ЧЛС – не расширена с обеих сторон

Конкременты – справа и слева нет

Образования – справа и слева нет

Заключение: УЗ признаков патологии обеих почек не выявлено.

Экскреторная урография

Экскреция контрастного вещества своевременная, пассаж контрастного вещества на всем протяжении. Теней конкрементов не выявлено.

Проба Зимницкого

Проба по Зимницкому

[cols="^25%,^25%,^25%"]

|=====

| 6-9 час. | 210 | 1017

| 9-12 | 150 | 1014

| 12-3 | 330 | 1019

| 3-6 | 110 | 1022

3+^| Дневной диурез: 800

| 6-9 веч. | 220 | 1010

| 9-12 | 75 | 1016

| 12-3 ночи | 65 | 1019

| 3-6 утра | 40 | 1010

3+^| Ночной диурез: 400

|====

Методом исследования, позволяющим измерить объем предстательной железы и аденоматозных узлов, является

- урография
- полисомнография
- тест с прокладкой
- дневник мочеиспусканий

Результаты обследования

Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы

Объем предстательной железы 55 см³.

Трансвезикальное ультразвуковое исследование

Исследование не проведено из-за отказа пациента

Цистография по Кнайзи-Шоберу

Мочевой пузырь округлой формы, стенки четкие, ровные

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование

Объем предстательной железы около 50 см³.

Больному с хронической задержкой мочеиспускания вследствие доброкачественной гиперплазии простаты для уточнения суммарного функционального состояния почек и исключения почечной недостаточности показано определение

- мочевой кислоты
- калия
- мочевины
- креатинина

Скрининговым неинструментальным методом обследования, позволяющим заподозрить доброкачественную гиперплазию простаты, является

- пальцевое ректальное исследование
- пальпация органов мошонки
- перкуссия мочевого пузыря
- пальпация живота

С учетом жалоб, анамнеза, результатов инструментального обследования больному может быть установлен диагноз

- пальцевое ректальное исследование
- пальпация органов мошонки
- перкуссия мочевого пузыря
- пальпация живота

Диагноз

Клиническая форма доброкачественной гиперплазии простаты, хроническая задержка мочеиспускания

Острый цистит

Рак предстательной железы

Стрессовое недержание мочи

Назначение препаратов группы + _____ + достоверно снижает риск развития задержки мочеиспускания

- ингибиторов 5 α -редуктазы
- М-холиноблокаторов
- блокаторов медленных кальциевых каналов
- альфа 2-адреноблокаторов

Уменьшить размеры предстательной железы и снизить динамический компонент инфравезикальной обструкции позволяет комбинированное применение ингибиторов 5 α -редуктазы и

- М-холиноблокаторов
- ганглиоблокаторов
- β -адреноблокаторов
- α 1-адреноблокаторов

Ингибиторы 5 α -редуктазы + _____ + концентрацию ПСА сыворотки крови в + _____ + раза

- повышают; 3-5
- снижают; 2
- повышают; 2
- снижают; 5

В случае отсутствия эффекта от консервативной терапии больному необходимо предложить

- повышают; 3-5
- снижают; 2
- повышают; 2
- снижают; 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 82-х лет обратилась на консультацию к врачу-терапевту в сопровождении сына.

Жалобы

На макрогематурию, выраженную усталость, днем необходим сон, слабость, тошноту.

Анамнез заболевания

В течение последних лет наблюдается в поликлинике по поводу хронической болезни почек. В анализах 12 месяцев назад – сывороточный креатинин 213 мкмоль/л. Последний год страдает артериальной гипертензией. Принимает комбинированную антигипертензивную терапию (лозартан 100 мг и амлодипин 10 мг), в результате чего достигнуты показатели АД в пределах 115-130/60-80 мм рт. ст.), так же принимает препараты железа. Два месяца назад по рекомендации участкового терапевта в связи с наличием дислипидемии к терапии добавлен аторвастатин 20 мг в сутки. Одновременно был назначен ежедневный прием ибупрофена в связи с умеренным болевым синдромом на фоне коксартроза. Тогда же по рекомендации участкового кардиолога в связи с наличием фибрилляции предсердий на фоне ишемической болезни сердца пациентка начала прием варфарина по 5 мг в сутки. Одновременно с пероральными антикоагулянтами была назначена ацетилсалициловая кислота с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений. В течение последнего месяца МНО (международное нормализованное отношение) не проверяла, забывала.

Лабораторные показатели в последних анализах (недельной давности) +

Сывороточный креатинин - 260 мкмоль/л (СКФр 14 мл/мин/1.73м²) +

Гемоглобин - 84 г/л. +

В12 и фолиевая кислота в допустимых значениях +

Кал на скрытую кровь - отрицателен +

Железо - 5 мкмоль/л +

ОЖСС - 38 мкмоль/л +

Ферритин - 28 мкг/л +

Глюкоза – 5,94 ммоль/л +

Калий – 4,3 ммоль/л +

Общий холестерин – 6.43 ммоль/л, триглицериды – 0,7 ммоль/л +

Витамин Д – 7,5 нг/мл +

Альбумин-креатининовое отношение – 330 мг/г +

Последние несколько дней, со слов сына, появились вышеописанные жалобы, что заставило обратиться к врачу.

Анамнез жизни

Не курит. Проживает одна, педагог по профессии, на пенсии с 68 лет, сын навещает раз в неделю. Менопауза с 54 лет. Со слов сына, с 77 лет отмечается нарушение памяти на текущие события, последние месяцы отмечает дезориентацию, «спутанность» сознания. За последние 4 месяца похудела на 6

кг, что связывает с отсутствием аппетита, тошнотой и уменьшением количества потребляемой пищи. Отмечает запоры до 2-х суток. Пьет менее 1 литра в сутки. До 79 лет не требовалась посторонняя помощь в выполнении бытовых дел, прогулках и передвижении по городу. Последние 2 года обращается к сыну за помощью в покупке и готовке еды, уборке дома, стирке постельных принадлежностей, прогулках, финансовых операциях. С 80 лет – снижение слуха, подбором слухового аппарата не занималась. В течение последнего года дважды падала дома. Передвижение по городу прекратила, в связи со страхом заблудиться или упасть на улице. Вдова, проживает в квартире на 2 этаже в доме без лифта. При ходьбе пользуется тростью.

Объективный статус

На момент обследования пациентки сознание несколько спутанно, заторможена. Кожные покровы бледные, многочисленные экхимозы, преимущественно на нижних конечностях. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Ритм сердца - правильный, тоны приглушены. ЧСС – 62 в 1 минуту. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот - мягкий, безболезненный. Печень - по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочеиспускание свободное, моча светло-желтая. Стул обычного цвета, оформленный.

Шкала «Возраст не помеха» - 5 баллов (снижение слуха, снижение настроения, трудности перемещения, нарушение памяти и снижение веса). Базовая активность в повседневной жизни (индекс Бартел) – 55/100 баллов (выраженная зависимость в повседневной жизни). Краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов. Динамометрия – правая рука 10,7 и левая – 11,5 (снижение мышечной силы). Тест «встань и иди» - 38 сек (риск падений).

MMSE – 16 баллов (вероятные когнитивные нарушения). Оценка риска депрессии (PHQ) – 7 (вероятная депрессия). Индекс выраженности бессонницы - 17 баллов. Шкала оценки питания MNA – 22 (опасность недоедания).

Для проведения дифференциальной диагностики гематурии как проявления гломерулярного поражения и возникновения от передозировки варфарина необходимо провести

- повышают; 3-5
- снижают; 2
- повышают; 2
- снижают; 5

Результаты обследования

Оценка риска кровотечений по шкале HAS-BLED

4

Определение МНО (международное нормализованное отношение)

2 – 3

Общий анализ крови с определением уровня тромбоцитов

Уровень тромбоцитов не менее 100 000 в мкл, уровень гемоглобина не менее 115 г/л

Определение С – реактивного белка

6 мг/л

Определение витамина 25(OH)D

>8 нг/мл

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc
8

Одновременное с пероральными антикоагулянтами назначение ацетилсалициловой кислоты с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у данной пациентки

- нужно назначить на 2 месяца
- рекомендуется длительностью 2 недели
- рекомендуется неопределенно долго
- не оправдано

Вероятнее всего, нарастание азотемии явилось результатом нежелательной побочной реакции на фоне применения

- нестероидных противовоспалительных средств
- блокатора кальциевых каналов
- статинов
- антикоагулянтов

У данной пациентки стадия + _____ + хронической болезни почек

- C5 A3
- C3a A3
- C4 A4
- C3b A2

Обязательным методом исследования для установления диагноза старческой астении в данной ситуации будет

- MMSE – 22 балла
- SARC-F – 6 баллов
- комплексная гериатрическая оценка
- тест «встань и иди» - 33 секунды

К основным осложнениям хронической болезни почек, помимо артериальной гипертензии и гиперурикемии, можно отнести

- вероятную депрессию
- анемию
- снижение мобильности
- фибрилляцию предсердий

Помимо геронтолога данной пациентке рекомендовано наблюдаться у

- уролога
- трансплантолога

- клинического фармаколога
- нефролога

Факторами риска прогрессирования хронической болезни почек, помимо артериальной гипертензии и возможной лекарственной токсичности принимаемых препаратов, будет

- дислиппротеидемия
- низкий уровень витамина Д
- анемия
- применение блокаторов кальциевых каналов

Основным постулатом лечения анемии при ХБП является

- путь введения препаратов железа при ХБП исключительно парентеральный
- целевой уровень Hb при применении эритропоэз-стимулирующими средствами составляет 120 - 125 г/л
- заместительная терапия препаратами железа неэффективна как первоначальный метод лечения анемии, обусловленной ХБП
- использование препаратов железа в качестве монотерапии или в сочетании с эритропоэз-стимулирующими средствами

Рекомендации по питанию у данной пациентки должны обязательно включать

- пищевые добавки, обогащенные витамином В
- ограничение употребления жидкости
- потребление соли более 5 г/сутки
- потребление белка до 0,8 г/кг массы тела

Тактикой медикаментозного ведения данной пациентки с ХБП будет

- отмена препаратов железа, блокаторов кальциевых каналов
- коррекция только антитромботической терапии
- медикаментозное лечение верно, корректировка не требуется
- отмена НПВС, БРА, коррекция антитромботической терапии

Индексацию стадии ХБП рекомендовано установить с помощью определения

- отмена препаратов железа, блокаторов кальциевых каналов
- коррекция только антитромботической терапии
- медикаментозное лечение верно, корректировка не требуется
- отмена НПВС, БРА, коррекция антитромботической терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет обратился в приёмное отделение стационара.

Жалобы

На кашель с отхождением незначительного количества кровянистой мокроты (тёмными сгустками), повышение температуры тела максимально до 38,5°C, выраженные боли в правых отделах грудной клетки (передне-нижние отделы, подлопаточная, надлопаточная области), слабость, потливость, умеренную одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

11.08.19 у пациента появились боли в правой подвздошной области. 12.08.19 был прооперирован по поводу флегмонозного аппендицита. Через неделю, 19.08.19 отметил появление жалоб на боли и дискомфорт в области лопатки справа, в грудном отделе позвоночника, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Обратился к терапевту и был направлен к неврологу с диагнозом: Остеохондроз грудного отдела позвоночника, мышечно-тонический синдром. Направлен на МРТ грудного отдела, заключение: Дорсопатия грудного отдела, С-образный сколиоз, грыжа Шморля. +

В дальнейшем боли усилились, распространились на другие отделы правой половины грудной клетки. Кроме того, стало отмечаться повышение температуры тела до 38,5°C, появился непродуктивный кашель, выросла слабость, появилась потливость. +

22.08.19 при рентгенографии органов грудной клетки выявлена нижнедолевая правосторонняя пневмония, в анализе крови от 22.08.19 – лейкоцитоз до $14,4 \times 10^9$. +

Был госпитализирован в инфекционную клиническую больницу, ушел из больницы 24.08.19 под расписку. Эпикриз не представлен (рекомендовано забрать 26.08.19). +

В тот же вечер впервые отметил появление алой пенистой мокроты и решил обратиться в приемное отделение стационара.

Анамнез жизни

- * наследственность не отягощена;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * аллергологический анамнез не отягощён;
- * хронические заболевания отрицает;
- * профессиональных вредностей не имел.

Объективный статус

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычного цвета, высыпаний нет. Слизистые оболочки чистые, зев не гиперемирован. Отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Дыхание через нос свободное, частота дыхательных движений 20 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах справа, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 76 в минуту, артериальное давление 130/85 мм рт. ст. Пульсация периферических

сосудов хорошая. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Сознание ясное, сон не нарушен, оценка своего состояния адекватная.

Клиническую вероятность тромбоэмболии лёгочной артерии у данного пациента можно оценить с помощью

- отмена препаратов железа, блокаторов кальциевых каналов
- коррекция только антитромботической терапии
- медикаментозное лечение верно, корректировка не требуется
- отмена НПВС, БРА, коррекция антитромботической терапии

Результаты обследования

Индекс Geneva

Средняя вероятность

Индекс Wells

Средняя вероятность

Индекс PESI

Низкая ожидаемая смертность (1,7–3,5%)

Индекс sPESI

Ожидаемая смертность 1,0%

Шкала HAS-BLED

1 балл (нет значимого повышения риска кровотечений)

Шкала CHA₂DS₂-VASc

1 балл

К необходимым для подтверждения и/или исключения тромбоэмболии лёгочной артерии инструментальным и лабораторным методам обследования у данного больного относят

- отмена препаратов железа, блокаторов кальциевых каналов
- коррекция только антитромботической терапии
- медикаментозное лечение верно, корректировка не требуется
- отмена НПВС, БРА, коррекция антитромботической терапии

Результаты обследования

Компьютерная томография с контрастированием лёгочных артерий

КТ-картина сегментарной тромбэмболии базальной ветви с переходом на заднюю ветвь правой легочной артерии и базальной ветви на бифуркации латеральной и задней ветвей левой легочной артерии. Инфильтративно-воспалительные изменения нижней доли (S10) правого легкого (может соответствовать инфаркт-пневмонии). Паренхиматозный тяж S10 левого легкого. Правосторонний частично осумкованный средний гидроторакс. Следовое количество жидкости в полости перикарда. Косвенные признаки умеренной легочной гипертензии.

Компрессионная ультрасонография вен нижних конечностей

УЗ-признаки претромботического состояния в суральных венах справа (эффект спонтанного контрастирования кровотока).

Определение уровня D-димера в крови

D димер - 2470 мкг/мл (0 – 660 мкг/мл)

Электрокардиография

Компьютерная пульсоксиметрия

Синдром обструктивного апноэ сна лёгкой степени? Признаков хронической ночной гипоксемии не выявлено. Выявлены признаки хронической гипоксемии в период бодрствования.

Эхокардиография

Корень и визуализируемый восходящий отдел аорты не расширены.

Незначительная дилатация правого желудочка. +

Гипертрофии миокарда не выявлено. +

Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. +

Глобальная сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная. +

Вегетации на клапанах сердца не визуализируются. +

Митральная регургитация I степени. +

Трикуспидальная регургитация I степени. +

Регургитация через клапан легочной артерии I степени. +

В полости перикарда обнаружено незначительное количество жидкости (около 80 мл). +

Умеренная легочная гипертензия.

На основании анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования предполагаемым осложнением основного заболевания у данного больного будет

- инфарктная пневмония в S10 справа. Дыхательная недостаточность I степени. Умеренная лёгочная гипертензия. Правосторонний гидроторакс. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. S-образный сколиоз грудного отдела позвоночника
- внутрибольничная плевропневмония в нижней доле правого легкого без определения возбудителя. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии
- тромбоэмболия ветвей легочной артерии (базальной ветви с переходом на заднюю ветвь правой легочной артерии и базальной ветви на бифуркации латеральной и задней ветвей левой легочной артерии) из неуточнённого источника.
Инфарктная пневмония в S10 справа
- внутрибольничная плевропневмония в нижней доле правого легкого без определения возбудителя

Для выбора оптимального подхода к лечению необходимо в первую очередь оценить вероятность

- кровотечений (шкала _HAS-BLED_)
- тромбоэмболических осложнений (Шкала _CHA₂DS₂-VASc_)
- крупного кровотечения в стационаре (Индекс риска _CRUSADE_)
- смерти больного в ближайшие 30 суток (индекс _PESI_)

Данный пациент относится к классу +___+ по индексу _PESI_

- V
- II
- IV
- III

Учитывая класс по индексу _PESI_, нормальный уровень сердечных биомаркеров и отсутствие признаков дисфункции правого желудочка при его визуализации данный больной должен быть отнесен к группе +_____+ риска смерти во время госпитализации или в ближайшие 30 суток

- промежуточного высокого
- высокого
- промежуточного низкого
- низкого

Пациенту показана

- эмболэктомия из лёгочных артерий
- тромболитическая терапия
- антикоагулянтная терапия
- установка кава-фильтра

Антикоагулянтную терапию у данного пациента можно начать с

- перорального приёма лечебной дозы дабигатрана этексилата
- внутривенного введения алтеплазы
- парентерального введения лечебных доз низкомолекулярного гепарина
- перорального приёма антагонистов витамина К

Альтернативой парентеральным антикоагулянтам служит пероральный прием лечебных доз _____ с первого дня лечения

- аписабана (10 мг 2 раза в сутки 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки)
- ривароксабана (15 мг 2 раза в сутки 7 дней, затем 20 мг в сутки)
- ривароксабана (20 мг 2 раза в сутки 7 дней, затем 15 мг 2 раза в сутки)
- аписабана (10 мг 2 раза в сутки в течение 3 недель с переходом на однократный прием 10 мг в сутки)

При переходе с парентерального введения лечебных доз антикоагулянтов на антагонисты витамина К с целевым значением МНО 2,0 – 3,0

длительность совместного применения данных препаратов должна составлять как минимум

- 3 дня
- 1 день
- 2 дня
- 5 дней

Длительность лечения антикоагулянтами у данного пациента должна составлять

- 12 месяцев
- не менее 6 месяцев
- неопределенно долго
- не менее 3 месяцев

При клиренсе креатинина менее 30 мл/мин противопоказан

- 12 месяцев
- не менее 6 месяцев
- неопределенно долго
- не менее 3 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М., 68 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в терапевтическое отделение многопрофильного стационара.

Жалобы

На боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании; одышку при умеренной физической нагрузке (ранее привычной нагрузке); повышение температуры тела до 38,5°C; боли в левой голени (в месте ушиба) и общую слабость.

Анамнез заболевания

С 18.11.19 по 30.11.19 находился на отдыхе в Индии, за время нахождения диспепсических расстройств не отмечал, стул обычный. 26.11.19 упал с мотоцикла, удар пришелся на латеральную часть левого бедра и голени, с образованием обширной ссадины, гематом. После получения травмы отмечал чувство познания и боли, повышение температуры тела до 38°C, самостоятельно принимал Нурофен, обрабатывал рану антисептиком. Рана стала "мокнущей", с целью высушить рану, длительно находился под кондиционером. После приезда в Москву, обратился в травмпункт, выполнена рентгенограмма левого бедра – без костных повреждений, вводилась противостолбнячная сыворотка, в травмпункте был открыт больничный лист по поводу ушиба левого бедра с 02.12.19 по 07.12.19. С 06.12.19 стал отмечать повышение температуры тела до 39°C, боли в правой половине грудной клетки,

усиливающиеся при глубоком дыхании, одышку при умеренной физической нагрузке (при ранее привычной), вызвал врача страховой компании, экстренно госпитализирован с подозрением на пневмонию.

Анамнез жизни

- * отец перенёс инфаркт миокарда в 46 лет, у матери варикозная болезнь нижних конечностей;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * аппендэктомия в 2006 году, множественные травмы правого коленного сустава – профессионально занимался спортом
- * аллергологический анамнез не отягощён;
- * хронические заболевания отрицает.

Объективный статус

Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, высыпаний нет, кожа загорелая, на латеральной части левого бедра и голени имеется обширная гематома и большое количество ссадин и царапин с коркообразованием. Слизистые оболочки чистые, зев не гиперемирован. Левая стопа умеренно отёчна. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Рост 195 см, вес 106 кг, ИМТ 27,9 кг/м². Дыхание через нос свободное, частота дыхательных движений 17 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна. Перкуторный звук над легочными полями нормальный, притупление в нижних отделах правого легкого. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, ослабленное справа от угла лопатки из-за пониженной экскурсии грудной клетки. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 88 в минуту, артериальное давление 130/85 мм рт. ст. Пульсация периферических сосудов хорошая. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень увеличена на +3 см по срединной линии, при пальпации гладкая и эластичная. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Сознание ясное, сон не нарушен, оценка своего состояния адекватная.

У данного пациента можно заподозрить развитие

- обострения хронической обструктивной болезни легких
- острого бронхита
- тромбоэмболии лёгочной артерии
- внебольничной пневмонии
- острого коронарного синдрома
- малярии

К необходимым для постановки диагноза лабораторным и инструментальным методам обследования у данного пациента относят

- обострения хронической обструктивной болезни легких
- острого бронхита
- тромбоэмболии лёгочной артерии
- внебольничной пневмонии
- острого коронарного синдрома

- малярии

Результаты обследования

Компьютерная томография с контрастированием лёгочных артерий

КТ-картина тромбоэмболии сегментарных и субсегментарных ветвей задней базальной, верхней ветви (S6) и латеральной ветви (S4) правой легочной артерии. Инфаркт-пневмония нижней доли (S10) правого легкого. Костная киста головки правой плечевой кости. Кальцинаты правой доли щитовидной железы.

Компрессионная ультрасонография вен нижних конечностей

УЗ-признаки окклюзирующего тромбоза задней большеберцовой вены и суральных вен слева на голени без признаков флотации и реканализации.

Определение уровня D-димера в крови

D димер - 3180 мкг/мл (0-680 мкг/мл)

Микроскопическое исследование тонкого мазка крови

Малярийные плазмодии не обнаружены

Микроскопическое исследование «толстая капля» крови

Плазмодии малярии не обнаружены

Электрокардиография

На основании анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования предполагаемым осложнением основного заболевания у данного больного будет

- окклюзирующий тромбоз задней большеберцовой вены и суральных вен слева без признаков флотации и реканализации
- внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого без определения возбудителя. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии
- инфарктная пневмония в S10 справа. Дыхательная недостаточность I степени
- тромбоэмболия ветвей легочной артерии (сегментарных и субсегментарных ветвей задней базальной, верхней ветви (S6) и латеральной ветви (S4) правой легочной артерии). Инфаркт-пневмония нижней доли (S10) правого легкого

Для выбора оптимального подхода к лечению необходимо в первую очередь оценить вероятность

- крупного кровотечения в стационаре (Индекс риска _CRUSADE_)
- кровотечений (шкала _HAS-BLED_)
- смерти больного в ближайшие 30 суток (индекс _PESI_)
- тромбоэмболических осложнений (Шкала _CHA₂DS₂-VASc_)

Данный пациент относится к классу +___+ по индексу _PESI_

- V
- III
- II
- IV

Учитывая класс по индексу PESI, нормальный уровень сердечных биомаркеров и наличие признаков дисфункции правого желудочка при его визуализации данный больной должен быть отнесен к группе + _____ + риска смерти во время госпитализации в ближайшие 30 суток

- промежуточного низкого
- промежуточного высокого
- низкого
- высокого

Пациенту показана

- тромболитическая терапия
- эмболэктомия из лёгочных артерий
- антикоагулянтная терапия
- установка кава-фильтра

Антикоагулянтную терапию у данного пациента можно начать с

- перорального приёма лечебной дозы апиксабана
- внутривенного введения алтеплазы
- перорального приёма лечебной дозы дабигатрана этексилата
- перорального приёма антагонистов витамина К

Апиксабан должен быть назначен в дозе + ___ + мг 2 раза в сутки в течении

- 15; 7 дней, затем 20 мг 1 раз в сутки
- 15; 3-х недель, затем 20 мг 1 раз в сутки
- 10; 3-х недель, затем 5 мг 1 раз в сутки
- 10; 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки

Длительность лечения антикоагулянтами у данного пациента должна составлять

- неопределенно долго
- 12 месяцев
- не менее 6 месяцев
- не менее 3 месяцев

Определение экаринового времени свёртывания крови информативно при использовании

- ривароксабана
- апиксабана
- эдоксабана
- дабигатрана этексилата

У лиц старше 50 лет верхнюю границу нормы D-димера рекомендуется рассчитывать по формуле

- ривароксабана
- апиксабана
- эдоксабана
- дабигатрана этексилата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет, поступил в терапевтическое отделение для обследования.

Жалобы

Нет.

Анамнез заболевания

С 2013 г. Артериальная гипертензия, препараты принимает нерегулярно. В 2013 г. при ЭХО-КГ выявлен двухстворчатый аортальный клапан. До настоящей госпитализации ЭХО-КГ больше не проводилось.

Анамнез жизни

Семейный анамнез: мать умерла в 84 лет от инфаркта миокарда, отец - в возрасте 88 лет от колоректального рака. +

Не курит, мастер спорта по лыжным гонкам, последние пять лет регулярных физических нагрузок нет.

Объективный статус

При осмотре состояние удовлетворительное. ИМТ 24 кг/м². Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Отеков нет. +

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 14 в 1 мин. +

Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается убывающий диастолический шум во 2 межреберье справа от грудины и в 3-4 межреберье у левого края грудины, проводящийся на верхушку сердца. ЧСС – 84 уд. в 1 мин.

АД - 150/60 мм рт. ст. +

Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под края реберной дуги.

Учитывая данные анамнеза, для постановки диагноза при осмотре больного необходимо оценить

- ривароксабана
- апиксабана
- эдоксабана
- дабигатрана этексилата

Результаты обследования

Пульсовое давление

Пульсовое давление = 90 мм рт. ст.

Болезненность в точке Маккензи

При пальпации болезненности в точке Маккензи не выявлено

Резистентность и эластичность грудной клетки

Грудная клетка при пальпации эластична, податлива.

Состояние подмышечных лимфоузлов

Не пальпируются

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ривароксабана
- аписабана
- эдоксабана
- дабигатрана этексилата

Результаты обследования

ЭКГ

ЭХО-КГ

Аорта уплотнена, расширена, корень=5.0 см, восходящий отдел 4.1 см (N до 3.7 см). +

Левое предсердие: 4.3 см (N до 4 см) объем 68 мл. Правое предсердие: 2.8 см

Полость левого желудочка КДР 7.5 см (N до 5,5 см); КСР 4.9 см. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,5 (N до 1,0 см); ЗС 1,4 (N до 1,1 см). ИММ 199 г/м² (N до 115 г/м²). Глобальная сократительная функция ЛЖ: ФВ=49% (N 55-74%).

Нарушений локальной сократимости нет. Полость правого желудочка: 2,5 (N до 2,6 см). Аортальный клапан: створки гиперэхогенны, двухстворчатый,

комиссуры на уровне 10 и 5 часов, амплитуда раскрытия=20 мм, средний градиент = 15 мм рт. ст., скорость кровотока 1,2 м/с, регургитация: 3+, 4+.

Трикуспидальный клапан: не изменен, трикуспидальная регургитация: I ст.

Клапан легочной артерии - легочная регургитация: 0-I степени, систолическое давление в легочной артерии 47 мм рт. ст.

***Заключение*:** двухстворчатый аортальный клапан с выраженной регургитацией. Расширение корня аорты. Гипертрофия левого желудочка и его выраженная дилатация с незначительным снижением глобальной систолической функции.

Сцинтиграфия миокарда

Отмечается достаточное накопление и равномерное распределение радиофармпрепарата в миокарде во время исследования в покое.

Обзорное УЗИ органов брюшной полости

УЗИ-признаки диффузных изменений поджелудочной железы. Пневматоз кишечника.

Рентгенография легких

Очаговых и инфильтративных теней в легких не определяется. Корни не расширены. Синусы свободны.

Эзофагогастродуоденоскопия

Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени. Поверхностный антральный гастрит.

На представленной ЭКГ у пациента выявлена гипертрофия

- левого желудочка
- обоих желудочков
- правого желудочка
- обоих желудочков и левого предсердия

Пациенту на основании полученных результатов обследования можно поставить диагноз

- левого желудочка
- обоих желудочков
- правого желудочка
- обоих желудочков и левого предсердия

Диагноз

Врожденный порок сердца: двухстворчатый аортальный клапан, выраженная хроническая аортальная регургитация

Клапанная болезнь сердца: выраженная хроническая аортальная регургитация ревматической этиологии

Аневризма аорты, выраженная аортальная регургитация

Клапанная болезнь сердца: дегенеративная хроническая выраженная аортальная регургитация

Данному пациенту по основному диагнозу

- показан прием аспирина
- показан прием бета-адреноблокаторов
- медикаментозная терапия не показана
- показан прием статинов

Пациенту показана (-но)

- операция на аортальном клапане
- наблюдение в течение 12 мес. на фоне консервативного лечения с контролем ЭХО-КГ

- консервативная терапия
- наблюдение в течение 6 мес. на фоне консервативного лечения и повторная ЭХО-КГ

К основным показателям, определяющими выживаемость и постоперационное восстановление функции ЛЖ при хронической аортальной регургитации, относится

- конечно-систолический размер (КСР) левого желудочка
- фракция выброса ПЖ
- фракция выброса и конечный диастолический размер (КДР)
- давление в легочной артерии

Перед протезированием клапана пациенту рекомендуется проведение

- КТ-коронароангиографии
- сцинтиграфии миокарда
- инвазивной коронароангиографии
- нагрузочного теста

Пациентам с двустворчатым аортальным клапаном операция на восходящей аорте показана при расширении корня аорты более + ____ + мм

- 40
- 45
- 50
- 55

Пациенту проведена имплантация механического аортального клапана и протезирование корня аорты биологическим протезом. После выполненной операции показан прием

- варфарина пожизненно
- варфарина и тикагрелора 6 месяцев, затем варфарина пожизненно
- варфарина, аспирина и клопидогрела 1 месяц, затем варфарина и аспирин до 6 месяцев, потом только аспирин
- аспирин пожизненно

Гипертрофия ЛЖ у пациента связана с

- легочной гипертензией
- нагрузкой давлением
- нагрузкой объемом и давлением
- нагрузкой объемом

Наиболее частой причиной острой аортальной регургитации является

- легочной гипертензией

- нагрузкой давлением
- нагрузкой объемом и давлением
- нагрузкой объемом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 88 лет поступил в терапевтическое отделение для обследования.

Жалобы

- * На одышку при ходьбе обычным шагом до 100-150 метров;
- * на головокружение при физических нагрузках и в покое при подъеме с кровати.

Анамнез заболевания

До последнего года чувствовал себя здоровым, лекарственных препаратов не принимал. Около года назад стал отмечать ухудшение переносимости физических нагрузок, в течение последнего месяца усилились головокружения, преимущественно при ходьбе, два раза ночью просыпался из-за появления одышки.

Анамнез жизни

Семейный анамнез: мать умерла в 89 лет от инфаркта миокарда, отец - в возрасте 95 лет (причину не знает). +

Вредные привычки: не курит.

Объективный статус

При осмотре состояние удовлетворительное. ИМТ 24 кг/м². +

Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Отеков нет. +

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. +

Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 2 тон ослаблен во всех точках, сразу за 1 тоном выслушивается грубый систолический шум с максимумом в середине между 1 и 2 тонами, максимально выраженный в точке Боткина, ЧСС – 78 в мин. АД - 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги.

Для установления диагноза больному необходимо провести аускультацию

- легочной гипертензией
- нагрузкой давлением
- нагрузкой объемом и давлением
- нагрузкой объемом

Результаты обследования

Аускультация сонной артерии

Выявлено проведение систолического шума на сонные артерии.

Аускультация левой подмышечной области

Шумы не выслушиваются

Аускультация правой подмышечной области

Шумы не выслушиваются

Аускультация межлопаточной области

Шумы не выслушиваются

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- легочной гипертензией
- нагрузкой давлением
- нагрузкой объемом и давлением
- нагрузкой объемом

Результаты обследования

ЭКГ

ЭХО-КГ

Аорта уплотнена, расширена, корень=3.4 см, восходящий отдел=4.1 (N до 3.7 см). +

Левое предсердие: 4.0 см (N до 4 см) объем 53 мл. Правое предсердие: 2.8 см
Полость левого желудочка КДР 4,9 (N до 5,5 см); КСР 4.1 см. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,4(N до 1,0 см); ЗС 1,4 (N до 1,1 см). ИММ 179 г/м² (N до 115 г/м²). Глобальная сократительная функция ЛЖ: ФВ=44% (N 55-74%).

Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая функция ЛЖ 1 типа. Полость правого желудочка: 2,4 (N до 2,6 см). Аортальный клапан: створки уплотнены, кальциноз створок, определение количества створок затруднено из-за выраженного кальциноза, амплитуда раскрытия, средний градиент = 40 мм рт. ст., скорость кровотока 4,03 м/с, площадь отверстия аортального клапана 0,67 см², регургитация: 0- I ст. Индексированный ударный объем -31 мл/м² (норма больше 40 м/м²). Трикуспидальный клапан: не изменен, трикуспидальная регургитация: 0- I ст. Клапан легочной артерии - легочная регургитация: 0-I степени, систолическое давление в легочной артерии 47 мм рт. ст.

***Заключение*:** камеры сердца не увеличены, глобальная сократимость ЛЖ умеренно снижена, нарушений локальной сократимости не выявлено
Значительная гипертрофия ЛЖ без значимой обструкции выносящего тракта ЛЖ. Аортальный порок с преобладанием выраженного стеноза.

Сцинтиграфия миокарда

Отмечается достаточное накопление и равномерное распределение радиофармпрепарата в миокарде во время исследования в покое.

Эзофагогастродуоденоскопия

Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени. Поверхностный антральный гастрит.

Обзорное УЗИ органов брюшной полости

УЗИ-признаки диффузных изменений поджелудочной железы. Пневматоз кишечника.

Рентгенография легких

Очаговых и инфильтративных теней в легких не определяется. Корни не расширены. Синусы свободны.

На основании полученных результатов обследования пациенту можно поставить диагноз

- легочной гипертензией
- нагрузкой давлением
- нагрузкой объемом и давлением
- нагрузкой объемом

Диагноз

Клапанная болезнь сердца: дегенеративный стеноз аортального клапана

Клапанная болезнь сердца: стеноз аортального клапана ревматической этиологии

Клапанная болезнь сердца: аортальная регургитация дегенеративной этиологии

Клапанная болезнь сердца: митральная регургитация ревматической этиологии

Степень аортального стеноза у пациента является

- умеренной
- незначительной
- тяжелой
- легкой

Пациенту показано

- протезирование АК при неэффективности медикаментозной терапии в течение 3 месяцев
- протезирование аортального клапана
- проведение адекватной медикаментозной терапии
- протезирование АК при неэффективности консервативной терапии в течение 6 месяцев

Преимущественным вариантом операции у данного пациента является

- протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения биологическим протезом
- протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения механическим протезом
- транскатетерная имплантация аортального клапана
- катетерная баллонная аортальная вальвулопластика

Перед протезированием клапана пациенту необходимо проведение

- сцинтиграфии миокарда
- КТ-коронароангиографии
- инвазивной коронароангиографии
- нагрузочного теста

После проведения транскатетерного протезирования аортального клапана пациенту показан прием

- низких доз аспирина
- тикагрелола
- варфарина и аспирина
- варфарина и тикагрелора

У пациентов с аортальным стенозом и фибрилляцией предсердий для уменьшения симптомов сердечной недостаточности (при их наличии) рекомендуется прием

- статинов
- триметазидина
- ацетилсалициловой кислоты
- сердечных гликозидов

Пожизненная профилактика обострения ревматической лихорадки показана

- больным с аортальным стенозом, которые являются носителями стрептококка группы А
- больным, которым имплантирован механический клапан
- всем больным с ревматическим аортальным стенозом
- всем больным с аортальным стенозом, независимо от этиологии

**По данным ЭХО-КГ для аортального стеноза характерен + _____ +
трансклапанный поток с + _____ + градиентом давления и
+ _____ + ФВ**

- малый; низким; сниженной
- высокий; низким; сниженной
- высокий; высоким; сниженной
- малый; низким; нормальной

Выраженные головокружения обусловлены

- малый; низким; сниженной
- высокий; низким; сниженной
- высокий; высоким; сниженной
- малый; низким; нормальной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 -х лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На сухость кожи, выпадение волос, зябкость, снижение аппетита, общую слабость, снижение памяти, сонливость, запоры.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, указанные жалобы начали беспокоить около 2-х лет назад. Известно, что примерно в возрасте 65 лет эндокринолог назначал препарат для «лечения щитовидной железы», назвать препарат затрудняется. Препарат принимала каждое утро около 5 лет, потом самостоятельно отменила в связи с ухудшением самочувствия – появлением сердцебиения, потливости. Больше к эндокринологу не обращалась.

Анамнез жизни

- * функциональна независима, проживает с мужем, самостоятельно готовит, пользуется телефоном и общественным транспортом;
- * часто не может вспомнить, пила ли таблетки для сердца или нет, в последние месяцы стала забывать номера автобусов и названия знакомых станций метро;
- * в прошлом работала учителем математики в школе, в настоящее время на пенсии;
- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * мать страдала заболеванием щитовидной железы (зоб?);
- * около 3 лет назад диагностирована ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2 ФК, постоянно получает бисопролол 5 мг в день, при появлении давящих болей за грудиной использует 1 таблетку нитроглицерина с положительным эффектом (не чаще 1 раза в неделю).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы сухие, бледные, с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, имеются периферические плотные отеки голеней, кистей рук. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 52 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги. При осмотре обращает на себя внимание замедленная речь пациентки, грубый голос. Щитовидная железа при пальпации безболезненна, подвижна при глотании, увеличена в объеме, неоднородной структуры, плотной консистенции.

Язык, зубной ряд.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение концентрации

- малый; низким; сниженной

- высокий; низким; сниженной
- высокий; высоким; сниженной
- малый; низким; нормальной

Результаты обследования

Определение концентрации ТТГ и свободного Т4 в крови

ТТГ-154 мЕД/л (0,27-4,2), Т4 свободный – 8,5 пмоль/л (10,8-22,0)

Определение концентрации антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) в крови

Анти-ТПО – 978 МЕ/мл (0,00-34,00)

Определение концентрации антител к рецепторам ТТГ в крови

Анти-рТТГ – 1,44 МЕ/л (0,00-1,75)

Определение концентрации тиреоглобулина в крови

Тиреоглобулин - 75,14 нг/мл (1,40 – 78,00)

Определение концентрации кальцитонина в крови

Кальцитонин - 4.7 пг/мл (0.0 - 9.5)

Определение концентрации йода в моче

Йод в моче - 16.00 мкг/л (28.00 - 544.00)

Обязательным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- малый; низким; сниженной
- высокий; низким; сниженной
- высокий; высоким; сниженной
- малый; низким; нормальной

Результаты обследования

УЗИ щитовидной железы

Заключение: объем щитовидной железы – 23 мл. Определяется диффузное снижение эхогенности, неоднородность структуры, усиление васкуляризации.

Компьютерная томография шеи

Признаки увеличения размеров щитовидной железы. Со стороны других мягких тканей шеи патологических изменений не выявлено. Признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Протрузии дисков С3/С4, С5/С6. Незначительно выраженный артроз дугоотростчатых суставов и унковертебральных сочленений.

Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

Лимфоцитарная и плазмоцитарная инфильтрация. Цитологическая картина соответствует лимфоцитарному тиреоидиту.

Сцинтиграфия щитовидной железы

Радиофармпрепарат накапливается равномерно со слабой интенсивностью

Учитывая клиническую картину и данные гормонального анализа крови, пациентке можно поставить диагноз

- малый; низким; сниженной
- высокий; низким; сниженной

- высокий; высоким; сниженной
- малый; низким; нормальной

Диагноз

Клинический (манифестный) гипотиреоз

Субклинический тиреотоксикоз

Субклинический гипотиреоз

Вторичный гипотиреоз

Результаты концентрации АТ-ТПО в крови и данные УЗИ щитовидной железы подтверждают, что причиной гипотиреоза является

- диффузный эутиреоидный зоб
- хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ)
- подострый тиреоидит
- диффузный токсический зоб

У пациентки наблюдается + _____ + форма аутоиммунного тиреоидита

- гипертрофическая
- диффузно-узловая
- атрофическая
- узловатая

В клиническом анализе крови при гипотиреозе может наблюдаться

- лейкоцитоз
- эритроцитоз
- анемия
- агранулоцитоз

Тактика лечения пациентки заключается в

- медикаментозной компенсации функции щитовидной железы
- проведении радиойодтерапии
- восполнении йододефицита
- проведении тиреоидэктомии

Препаратом выбора для медикаментозной терапии пациентки является

- бисопролол
- калия йодид
- преднизолон

- левотироксин натрия

Учитывая наличие у пациентки кардиальной патологии (ИБС), лечение необходимо начинать с суточной дозы левотироксина натрия в количестве + _____ + мкг

- 50-75
- 12,5-25
- 25-50
- 75-88

Необходимость оперативного лечения при гипертрофической форме ХАИТ может быть обусловлена

- значительным увеличением щитовидной железы и развитием компрессионного синдрома
- повышением уровня тиреоглобулина крови
- наличием узлов
- микседематозным отеком

Более информативным инструментальным методом при проведении дифференциальной диагностики тиреотоксической фазы ХАИТ и болезни Грейвса является

- радиоизотопное сканирование
- МРТ
- УЗИ
- тонкоигольная аспирационная биопсия

Быстрый рост зоба при АИТ с появлением признаков компрессии окружающих органов и тканей подозрителен на развитие

- радиоизотопное сканирование
- МРТ
- УЗИ
- тонкоигольная аспирационная биопсия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 88 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На набор массы тела, слабость, зябкость, сухость кожи, снижение аппетита, плохую память, снижение настроения, сонливость, запоры, одутловатость, отечность лица, ноющие боли в суставах, боли за грудиной и одышку при физической активности.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки около 6 месяцев назад перенесла эндоскопическое оперативное лечение на щитовидной железе. Предположительно гемитиреоидэктомию по поводу крупного многоузлового зоба. После операции никакие препараты не получала. Указанные симптомы появились и стали нарастать последние 3-4 месяца. 2 года назад перенесла инфаркт миокарда.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * Б-1, Р-1 в возрасте 35 лет;
- * в прошлом работала поваром в детском саду, в настоящее время на пенсии;
- * живет с дочерью и внучкой, обслуживает себя самостоятельно, готовит сама, из дома выходит на прогулку и в магазин, пользуется стационарным домашним телефоном (мобильного нет), общественным транспортом не пользуется больше 5 лет, счета сама не оплачивает, пенсию получает с помощью дочери.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 89 кг. Кожные покровы сухие, бледные, с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, имеются периферические плотные отеки голеней, кистей рук. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 58 в 1 мин, АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Язык увеличен в объеме, обложен белым налетом. Установлены съемные зубные протезы. Пальпируется только правая доля щитовидной железы, безболезненная, подвижная при глотании, неоднородной структуры, мягко-эластичной консистенции. Язык? Состояние зубов.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение концентрации

- радиоизотопное сканирование
- МРТ
- УЗИ
- тонкоигольная аспирационная биопсия

Результаты обследования

Определение концентрации ТТГ и свободного Т4 в крови

ТТГ-15 мЕД/л (0,27-4,2), Т4 свободный – 11,5 пмоль/л (10,8-22,0)

Определение концентрации антител к рецепторам ТТГ в крови

Анти-рТТГ – 1,44 МЕ/л (0,00-1,75)

Определение концентрации тиреоглобулина в крови

Тиреоглобулин - 75,14 нг/мл (1,40 – 78,00)

Определение концентрации кальцитонина в крови

Кальцитонин - 4.7 пг/мл (0.0 - 9.5)

Обязательным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- радиоизотопное сканирование
- МРТ
- УЗИ
- тонкоигольная аспирационная биопсия

Результаты обследования

УЗИ щитовидной железы

Заключение: левая доля щитовидной железы отсутствует. Объем правой доли – 3 мл. Определяются фокальные изменения структуры щитовидной железы 0,2x0,3 см и 0,4x0,5 мм.

Компьютерная томография шеи

Отсутствует левая доля щитовидной железы. Со стороны других мягких тканей шеи патологических изменений не выявлено. Признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Протрузии дисков С3/С4, С5/С6. Незначительно выраженный артроз дугоотростчатых суставов и унковертебральных сочленений.

Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

Цитологическая картина соответствует доброкачественному фолликулярному узлу

Сцинтиграфия щитовидной железы

Радиофармпрепарат накапливается правой долей щитовидной железы равномерно с нормальной интенсивностью.

Учитывая клиническую картину и данные гормонального анализа крови, пациентке можно поставить диагноз

- радиоизотопное сканирование
- МРТ
- УЗИ
- тонкоигольная аспирационная биопсия

Диагноз

Субклинический гипотиреоз

Субклинический тиреотоксикоз

Клинический (манифестный) гипотиреоз

Вторичный гипотиреоз

Данные анамнеза и данные УЗИ щитовидной железы подтверждают, что причиной гипотиреоза является

- тяжелый йодный дефицит
- левосторонняя гемитиреоидэктомия
- радиоiodтерапия
- хронический аутоиммунный тиреоидит

Тактика лечения пациентки заключается в

- проведении тиреоидэктомии
- проведении радиоiodтерапии
- восполнении йододефицита
- медикаментозной компенсации функции щитовидной железы

Препаратом выбора для медикаментозной терапии пациентки является

- преднизолон
- левотироксин натрия
- калия йодид
- трийодтиронин

Учитывая наличие у пациентки кардиальной патологии (ИБС), лечение необходимо начинать с суточной дозы левотироксина натрия в количестве + _____ + мкг

- 12,5-25
- 25-50
- 50-75
- 75-88

Показанием к назначению заместительной терапии у пациентки является

- субклинический гипотиреоз в пожилом возрасте
- наличие только одной доли щитовидной железы
- повышение уровня ТТГ выше 10 мЕд/л
- наличие фокальных изменений структуры щитовидной железы

Дозу левотироксина необходимо постепенно увеличивать каждые

- 1-2 месяца
- 6-8 месяцев
- 1-2 недели
- 3-4 месяца

Заместительную терапию левотироксином пациентке необходимо проводить под контролем

- ЭХО-КГ
- суточного мониторирования АД
- ЭКГ
- УЗИ щитовидной железы

После подбора суточной дозы левотироксина контроль ТТГ в динамике необходимо проводить с частотой 1 раз в

- год
- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2-3 года

При выявлении низких показателей ТТГ на фоне приема тиреоидных препаратов показано

- год
- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2-3 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 82-х лет обратился к врачу-кардиологу.

Жалобы

На одышку при небольших физических усилиях, ходьбе на расстояние до 300 метров и подъёме по лестнице на 2 этаж, ощущение сердцебиения, сухой кашель, общую слабость.

Анамнез заболевания

Около 10 дней назад после небольшой физической нагрузки внезапно возникла выраженная одышка, чувство нехватки воздуха, которые сопровождались общей слабостью, головокружением, учащённым сердцебиением.

Самостоятельно принял корвалол, нитроглицерин. За медицинской помощью не обращался. Приступ продолжался около получаса, после чего одышка постепенно уменьшилась, стало легче дышать. В дальнейшем сохранялась общая слабость, одышка при небольших физических усилиях, присоединился сухой кашель. +

В течение 15 лет гипертоническая болезнь с максимальными цифрами АД 220/120 мм рт. ст. Адаптирован к АД 140/80 мм рт. ст. +

В течение 8 лет сахарный диабет 2 типа, диету соблюдает, уровень глюкозы в крови и моче контролирует регулярно. +

Постоянно принимает периндоприл 4 мг и индапамид 1,25 мг (нолипрел форте), метформин 1000 мг/сут.

Анамнез жизни

* Женат, проживает в семье;

* туберкулёз, гепатит, бронхиальную астму, язвенную болезнь, инфаркты и инсульты отрицает;

* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

* профессиональных вредностей не имел;

* аллергических реакций не было;

* аппендэктомия в 36 лет, грыжесечение слева по поводу ущемлённой паховой грыжи в 43 года.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 166 см, масса тела 59 кг. ИМТ 21,4 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, справа в нижних отделах резко ослабленное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 102 уд/мин, АД 152/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отёков нет.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования будут

- год
- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2-3 года

Результаты обследования

МСКТ органов грудной клетки с контрастированием лёгочных артерий

Лёгочная артерия, аорта и камеры сердца не расширены. В просвете правой лёгочной артерии, в месте её деления на верхнюю и нижнюю ветви, видны плоские пристеночные тромботические массы, частично закрывающие просвет нижнедолевых артерий. Отмечается обеднение сосудистого рисунка в нижних сегментах правого лёгкого. Там же, справа, в области сегмента S10 определяется участок инфильтрации лёгочной ткани неправильно-треугольной формы, неоднородной структуры, прилежащий к плевре.

Перфузионная сцинтиграфия лёгких

На сцинтиграммах, выполненных в двух стандартных проекциях, визуализируются оба лёгких. Распределение индикатора в левом лёгком равномерное, в правом – неравномерное, визуализируются секторальные и субсекторальные дефекты перфузии различного размера и интенсивности в S5, 10, 9 и 8.

Ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей

Сафено-фemorальные соустья с обеих сторон не расширены, сжимаемы до конца, без признаков тромбоза, проба Вальсальвы не проводилась. БПВ и МПВ с обеих сторон проходимы, сжимаемы на всём протяжении, без признаков тромбоза. Слева глубокие вены на всём протяжении не расширены, сжимаемы, без признаков тромбоза. +

Справа одна из ЗББВ локально расширена в дистальной трети, не сжимаема при компрессии датчиком, не окрашивается в режиме ЦДК (окклюзивный тромбоз). Подколенная вена справа не сжимаема, не окрашивается в режиме ЦДК (окклюзивный тромбоз). Глубокие вены на бедре справа проходимы, сжимаемы, без признаков тромбоза.

Проба с физической нагрузкой под контролем ЭКГ

Исходно: ЧСС 92 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. +

Нагрузка 25 Вт 1 минута: ЧСС 144 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст. +

Проба прекращена из-за усталости, общей слабости. Субмаксимальная ЧСС не достигнута. На ЭКГ – динамики сегмента ST нет. Толерантность к нагрузке

низкая. +

Заключение: проба не информативна (не доведена до диагностических критериев).

ЭКГ в 12 отведениях

Рентгенография лёгких

На основании результатов выполненного обследования пациенту можно поставить диагноз

- год
- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2-3 года

Диагноз

Тромбоэмболия лёгочной артерии справа, тромбоз глубоких вен правой нижней конечности

Хроническая обструктивная болезнь лёгких средней степени тяжести, обострение

Бронхиальная астма средней степени тяжести, обострение

Хроническая сердечная недостаточность НК IIБ, NYHA IV

Верхняя граница нормы D-димера, определенного иммуноферментными методами (в мкг/л), у пациента в возрасте 82 лет составляет

- 1000
- 700
- 800
- 820

Если упрощённый индекс $_PESI_ = 1$ балл, по данным ЭхоКГ имеется дилатация правого желудочка, уровень сердечного тропонина I в норме, уровень NT-proBNP <600 пг/мл, то риск смерти пациента в ближайшие 30 суток будет

- промежуточным высоким
- высоким
- промежуточным низким
- низким

Наличие участка инфильтрации лёгочной ткани неправильно-треугольной формы, неоднородной структуры, прилежащего к плевре, выявленного в области сегмента S10 при проведении МСКТ свидетельствует о (об)

- туберкулёзе
- наличии выпота в плевральной полости
- инфарктной пневмонии
- злокачественном новообразовании

Тактика лечения данного пациента включает назначение

- глюкокортикоидов
- антикоагулянтов
- тромболитиков
- антиагрегантов

Из новых пероральных антикоагулянтов (НОАК) можно назначать с самого начала лечения без использования парентеральных антикоагулянтов

- ривароксабан и дабигатран
- дабигатран и апиксабан
- ривароксабан и апиксабан
- дабигатран и эдоксабан

Ривароксабан с первого дня лечения без использования парентеральных антикоагулянтов назначается в дозах + _____ + мг + _____ + раз (раза) в

- 15; 2; сутки в течение 3 недель, затем 20 мг 1 раз в сутки
- 15; 1; сутки
- 20; 1; сутки
- 20; 2; сутки в течение 3 недель с переходом на однократный прием 15 мг в сутки

Апиксабан с первого дня лечения без использования парентеральных антикоагулянтов назначается в дозах + _____ + мг 2 раза в

- 5; сутки
- 10; сутки 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки
- 5; сутки 7 дней, затем 2,5 мг 2 раза в сутки
- 2,5; сутки

Дабигатрана этексилата назначается (как минимум после 5-дневного парентерального введения антикоагулянтов) в дозе + _____ + мг + _____ + раз (раза) в сутки

- 150; 2

- 110; 2
- 150; 1
- 75; 2

Показанием для проведения тромболитической терапии при ТЭЛА является

- шок или артериальная гипотония
- насыщение артериальной крови кислородом менее 90%
- выраженная дыхательная недостаточность
- инфарктная пневмония

Для выбора оптимального подхода к лечению в первую очередь следует оценить

- шок или артериальная гипотония
- насыщение артериальной крови кислородом менее 90%
- выраженная дыхательная недостаточность
- инфарктная пневмония

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 73 года, на приеме у врача гериатра.

Жалобы

На резкое снижение зрения, появление мушек и пелены перед глазами, двоение светящихся предметов, снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания

Снижение остроты зрения появилось в 50 лет. Консультирована офтальмологом, установлен диагноз: Пресбиопия, выписан рецепт на очки «для чтения» {plus} 1,25 D на оба глаза. Чувствовала себя удовлетворительно. Зрение постепенно снижалось. Последнее посещение офтальмолога 1,5 года назад, выписаны очки {plus} 3,0 D. Диагноз прежний. За последние 10 месяцев субъективно зрение существенно снизилось, стали появляться мушки и пелена перед глазами, которые на время проходили. Однако в течение 3 месяцев сохраняются стойкие изменения, присоединилось двоение светящихся предметов. Направлена к врачу-офтальмологу.

Анамнез жизни

* Курит по ½ пачки в день, алкоголь не употребляет. Обслуживает себя самостоятельно. Падений и переломов за последний год не было. Недержание мочи в течение 3 лет. Нарушение сна (поверхностный сон, раннее пробуждение). Из дома выходит редко из-за одышки во время подъема по лестнице на 5 этаж в доме без лифта. Физические упражнения не выполняет. Со слов диеты гипогликемическую соблюдает. Уровень глюкозы контролирует самостоятельно, со слов колебания глюкозы последние 4 месяца от 5,7 до 11,2 ммоль/л.

* Хронические заболевания: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, ОИМ 6 месяцев назад. Гипертоническая болезнь 3ст, АГ 2, риск ССО 4. Старческая астения. Дислипидемия. Сахарный диабет 2 типа, немедикаментозно компенсированный. Диабетическая полинейропатия. Ожирение 1ст. Пресбиопия. Хронический бронхит вне обострения. Хронический пиелонефрит вне обострения. Хронический цистит вне обострения. Недержание мочи. Инсомния.

* Аллергических реакций не выявлено.

* Принимает лекарственную терапию: лизиноприл 10 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, амлодипин 5мг/сут, аторвастатин 10 мг/сут.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 161 см, масса тела 80 кг. Температура тела 36,4⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без патологических образований. Суставы верхних и нижних конечностей внешне не изменены, безболезненные при пальпации. Движения в полном объеме. Пальпация паравертебральной области безболезненная. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, симметричный. В легких дыхание жесткое во всех отделах, хрипов нет, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 78 в 1 мин, АД 138/88 мм рт. ст. Молочные железы симметричны, визуально и пальпаторно патологических образований не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Печень по краю реберной дуги. Стул, диурез со слов в норме. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза основными инструментальными методами обследования являются

- шок или артериальная гипотония
- насыщение артериальной крови кислородом менее 90%
- выраженная дыхательная недостаточность
- инфарктная пневмония

Результаты инструментальных методов обследования

Определение остроты зрения (визиометрия)

Vis OD=0,4 D Vis OS=0,3 D

Определение внутриглазного давления (тонометрия)

Внутриглазное давление OD =18 мм рт. ст., OS=19 мм рт. ст.

Биомикроскопия переднего отрезка глаза (в условиях офтальмологического кабинета)

Помутнения хрусталиковых волокон, увеличение хрусталика в объеме

УЗИ-эхобиометрия

Помутнение хрусталика глаза

Электроретинография

Частота мельканий, воспроизводимая колбочками - 80 Гц, а палочками - 16 Гц.

Реоофтальмография

При анализе сигналов РОГ рассчитывают: реографический индекс (РИ), отображающий величину систолического притока крови и зависящий как от величины ударного выброса, так и от тонуса сосудов (МОм); период максимального наполнения (ПМН), увеличивающийся при повышении тонуса и снижении эластичности сосудов; показатель модуля упругости (ПМУ), характеризующий структурные свойства сосудистых стенок, их эластичность и тонус.

Для исключения сахарного диабета как наиболее вероятной причины возрастной катаракты необходимо провести лабораторное обследование с определением

- шок или артериальная гипотония
- насыщение артериальной крови кислородом менее 90%
- выраженная дыхательная недостаточность
- инфарктная пневмония

Результаты лабораторных методов обследования

Определение содержания глюкозы крови натощак

Концентрация глюкозы в венозной крови натощак 7,9 ммоль/л (норма 3,3-5,5 ммоль/л)

Определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)

Уровень HbA1c - 7,1 ммоль/л (норма до 7%)

Определение глюкозурии

глюкоза в моче не обнаружена

Определение уровня общего белка в сыворотке крови

Концентрации общего белка в сыворотке крови 67 г/л (норма 65-85)

Определение уровня витамина В 12 в сыворотке крови

Концентрации витамина В 12 в сыворотке крови 192 пг/мл (норма 182 - 820 пг/мл)

Определение уровня мочевины в сыворотке крови

Концентрации мочевины в крови 5,4 ммоль/л (норма 2,9-8,2)

Учитывая результаты проведенных обследований, больному можно поставить диагноз

- шок или артериальная гипотония
- насыщение артериальной крови кислородом менее 90%
- выраженная дыхательная недостаточность
- инфарктная пневмония

Диагноз

Возрастная катаракта

Пресбиопия

Нарушение мозгового кровообращения

Неврит зрительного нерва

Снижение остроты зрения можно рассматривать как результат осложнения сопутствующего заболевания

- старческой астении
- диабетической полинейропатии
- сахарного диабета
- хронического бронхита

Острота зрения определяется с помощью

- электроэнцефалографии
- электроретинографии
- таблицы Розенбаума
- теста рисования часов

Немедикаментозная профилактика прогрессирования катаракты с учетом анамнеза направлена на

- коррекцию домашней обстановки
- отказ от курения
- коррекцию массы тела
- коррекцию питания

Показанием к хирургическому лечению катаракты является наличие

- старческой астении
- сахарного диабета
- стажа длительного курения
- помутнения хрусталика

Относительным противопоказанием у пациентки для проведения хирургического лечения катаракты является

- гипертоническая болезнь
- ожирение
- хронический бронхит
- инфаркт миокарда давностью 6 месяцев

Частота профилактических осмотров окулиста при установлении диагноза проводится 1 раз в

- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

- 2 года

При неосложненном течении операции пациента осматривают после выписки из стационара через + ____ + месяц (-а)

- 2
- 3
- 1
- 4

Мера защиты органа зрения от развития катаракты у пациентки с пресбиопией заключается в

- ношении закрытой одежды
- ношении солнцезащитных очков
- ношении головного убора
- чтении при ярком солнечном освещении

Консервативное лечение катаракты у пациентки направлено на коррекцию сопутствующего заболевания

- ношении закрытой одежды
- ношении солнцезащитных очков
- ношении головного убора
- чтении при ярком солнечном освещении

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 80 лет, пришел на амбулаторный прием в сопровождении дочери.

Жалобы

Неустойчивость при ходьбе, головокружение, усиливающееся в положении стоя или возникающее после приема горячей пищи, замедленность, ощущение скованности и напряженности в мышцах конечностей, боли в спине, трудности поворотов в кровати, нарушение ночного сна по типу частых пробуждений.

Анамнез заболевания

Больным себя считает в течение более 5 лет, состояние медленно ухудшается. С диагнозом цереброваскулярного заболевания (хронической ишемии головного мозга) наблюдался терапевтом по месту жительства, получал повторные курсы сосудистых и нейропротективных препаратов с кратковременным незначительным положительным эффектом. Самостоятельно для улучшения сна принимает феназепам.

Анамнез жизни

Образование высшее, работал научным сотрудником, на пенсии 3 года. +

Из сопутствующих заболеваний отмечаются:

* артериальная гипертензия в течение 10 лет с эпизодическим повышением

артериального давления до 150/90 мм рт. ст., регулярной антигипертензивной терапии не принимает;

* доброкачественная гиперплазия предстательной железы (наблюдается у уролога, принимает тамсулозин до 0,4 мг в сутки).

Инсульты, сахарный диабет, травмы головы, эпизоды потери сознания отрицает.

Курение и регулярное употребление алкоголя отрицает. +

Наследственный анамнез отягощен по сердечно-сосудистым заболеваниям. +

Проживает вдвоем с женой, однако из-за нарастающих двигательных нарушений ограничил активность по дому.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 170 см.

Температура тела 36,8^oC. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 уд/мин, АД в положении сидя АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. +

Сознание ясное. Больной правильно ориентирован в собственной личности, времени, месте, отмечается снижение темпа психических процессов. Фон настроения снижен. Менингеальных симптомов нет. Поля зрения ориентировочно не изменены. Взорových нарушений, нистагма нет. Гипосмия. Мимические пробы выполняет симметрично, гипомимия. Отмечается легкая дизартрофония, глоточные рефлексы высокие D=S, положительные рефлексы орального автоматизма. Сила мышц конечностей 5 баллов во всех группах.

Сухожильные рефлексы симметричные. Патологических стопных и кистевых знаков не выявлено. Повышение тонуса по пластическому типу с феноменом «зубчатого колеса», олигобрадикинезия, более выраженные в руках, S>D. В позе Ромберга легкое пошатывание, исчезающее при отвлечении внимания.

Динамические координаторные пробы выполняет без интенционного тремора и мимопопадания D=S. Походка мелкими шагами, «семящая», ахейрокинез S>D. Тенденция к пропульсии. Объективных признаков нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции — мочеиспускание контролирует хорошо, склонность к запорам.

Данному пациенту для оценки выраженности эмоционально-аффективных нарушений нужно использовать

- ношении закрытой одежды
- ношении солнцезащитных очков
- ношении головного убора
- чтении при ярком солнечном освещении

Результаты обследования

Гериатрическая шкала депрессии

6 баллов (вероятная депрессия)

Краткая шкала оценки психического статуса

26 баллов

Ричмондская шкала ажитации (RASS)

0 баллов (пациент спокоен и внимателен)

Тест рисования часов

8 баллов

Клинический метод, позволяющий уточнить природу головокружения у данного пациента, это

- ношении закрытой одежды
- ношении солнцезащитных очков
- ношении головного убора
- чтении при ярком солнечном освещении

Результаты обследования

Ортостатическая проба

После отдыха в положении лежа в течение 7 минут АД лежа 115/75 мм рт. ст. Через 3 минуты в положении стоя – 95/60 мм рт. ст.

Пальце-носовая проба

Интенционный тремор и мимопопадание отсутствуют с обеих сторон

Проба Ромберга

Закрывание глаз не ухудшает устойчивость в позе Ромберга

Проба с массажем каротидного синуса

Брадикардия или снижение артериального давления отсутствуют

Инструментальный диагностический метод, который следует назначить пациенту с целью проведения дифференциального диагноза, это

- ношении закрытой одежды
- ношении солнцезащитных очков
- ношении головного убора
- чтении при ярком солнечном освещении

Результаты обследования

МРТ головного мозга

Признаки заместительной гидроцефалии, преимущественно внутренней. Легкий перивентрикулярный лейкоареоз. Единичные очаги в белом веществе головного мозга дистрофического характера.

Электроэнцефалография

Заключение: патологии не выявлено

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

УЗ-признаки стенозирующего атеросклероза внутренних сонных артерий (30-35%). Деформация хода обеих позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков. S-образный изгиб обеих позвоночных артерий в экстравертебральном отделе.

Рентгенография шейного отдела позвоночника

Выраженные дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника. Признаки унковертебрального артроза C2-C4 слева.

Клинический синдром, лежащий в основе двигательных нарушений пациента - это

- синдром суставно-мышечных нарушений
- мозжечковая атаксия
- синдром паркинсонизма
- пирамидный синдром

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента являются

- синдром суставно-мышечных нарушений
- мозжечковая атаксия
- синдром паркинсонизма
- пирамидный синдром

Диагноз

Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма

Дисциркуляторная энцефалопатия

Распространенный остеохондроз

Опухоль головного мозга

Помимо применения тамсулозина, причиной ортостатической гипотензии у данного пациента является

- дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника
- курсовое применение нейропротективных препаратов
- основное заболевание
- длительная инсомния

Препаратом первой линии для лечения двигательных нарушений у данного пациента является

- препарат, содержащий леводопу
- амантадин
- циннаризин
- амитриптилин

Для лечения инсомнии в данном случае оптимально назначение

- амитриптилина
- доксиламина
- феназепам
- миансерина

Одним из основных критериев, исключающим диагноз болезни Паркинсона, является отсутствие эффекта при приеме + _____ + мг леводопы

- 1200
- 300
- 1500
- 600

Ортостатическая гипотензия у больных с болезнью Паркинсона может быть скорректирована с помощью

- подбора антигипертензивной терапии
- увеличения потребления соли и воды, ношения компрессионных гольфов
- выполнение вестибулярной гимнастики
- выполнения физических упражнений, направленных на укрепление паравертебральных мышц

При недостаточном эффекте немедикаментозных способов коррекции ортостатической гипотензии оправдано назначение

- бетагистина
- флудрокортизона
- пентоксифиллина
- пирацетама

Внезапная отмена дофаминергической терапии связана с риском развития

- бетагистина
- флудрокортизона
- пентоксифиллина
- пирацетама

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 75 лет, обратилась за консультацией по настоянию родственников.

Жалобы

Активно жалоб не предъявляет. Со слов сына в последнее время в быту стала неактивна: не убирается, не готовит, не следит за собой, не моется без напоминания, появилась неопрятность при посещении туалета. По отношению к родственникам часто ведет себя агрессивно, бескомпромиссно, высказывает мысли о том, что ей хотят причинить вред.

Анамнез заболевания

Известно, что в течение многих лет больная страдала артериальной гипертензией кризового течения и сахарным диабетом, систематического

лечения которых не проводилось. Назначаемые терапевтом по месту жительства препараты принимала курсами и самостоятельно отменяла. Около 10 лет периодически жаловалась на головокружение, головные боли, нарушение ночного сна, некоторую неустойчивость при ходьбе, легкую забывчивость, по поводу чего неоднократно получала лечение в условиях дневного стационара с проведением повторных курсов сосудистой и метаболической терапии с хорошим частичным временным эффектом. 7 месяцев назад на фоне очередного повышения АД до 210/110 мм рт. ст. нарушилась речь, появилась слабость в правых конечностях, по скорой была госпитализирована в неврологический стационар, где получала лечение с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии». Речевые и двигательные нарушения полностью регрессировали в течение 2 недель. После выписки из стационара родственники обратили внимание на изменение поведения. В то же время известно, что вплоть до момента инсульта больная проживала одна, полностью справлялась с ведением домашнего хозяйства и не нуждалась в посторонней помощи. В настоящее время проживает с сиделкой.

Анамнез жизни

Образование: 8 классов, работала разнорабочей, на пенсии около 20 лет. + Из сопутствующих заболеваний отмечаются:

* артериальная гипертензия в течение более 20 лет с эпизодическим повышением артериального давления до 220/120 мм рт. ст., в настоящее время под контролем родственников получает амлодипин, индапамид, эналаприл, адаптирована к 150/90 мм рт. ст.;

* сахарный диабет (получает глюкофаж), самостоятельный контроль сахара крови осуществляется нерегулярно.

В 64 года выполнялась холецистэктомия, другие операции и травмы отрицает. + Наследственный анамнез отягощен по сердечно-сосудистым заболеваниям. Со слов сына, у матери пациентки – повторные инсульты, перед смертью отмечались выраженные нарушения памяти, никого не узнавала, скончалась в возрасте 72 лет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 155 см.

Температура тела 36,5^oC. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 75 уд/мин, АД в положении сидя 165/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. +

Сознание ясное. Больная неохотно идет на контакт, негативна, быстро истощается, отмечается выраженная эмоциональная лабильность. При проверке ориентировки в месте и времени отмечаются ошибки – не может назвать время года, день недели, число, город, где проживает; отмечается выраженное снижение темпа психических процессов. Менингеальных симптомов нет. Поля зрения не изменены. Взорových нарушений, нистагма нет. Легкая сглаженность носогубной складки справа. Легкая дизартрия, девиация языка вправо. глоточные рефлексы высокие D=S, положительные рефлексы Маринеску-Радовичи, D>S, дистанторальный. Сила мышц конечностей 5 баллов во всех группах. Сухожильные рефлексы гиперкинетические с расширением рефлексогенных зон D>S. Положительный рефлекс Россолимо D=S, симптом

Бабинского справа. Тонус мышц повышен по типу паратонии. В позе Ромберга неустойчива. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с промахиванием, без интенционного тремора. Походка замедленна, шаркающая, отмечается расширение базы шага, трудности при инициации ходьбы и при поворотах. В дистальных отделах конечностей отмечается симметричное снижение болевой, температурной и вибрационной чувствительности по типу «перчаток» и «высоких гольфов». Согласно данным, полученным от сопровождающих лиц, нарушений стула нет, периодически недержание мочи. **Клиническим методом, имеющим первоочередное значение при обследовании данной больной, является**

- бетагистина
- флудрокортизона
- пентоксифиллина
- пирацетама

Результаты обследования

Нейропсихологическое тестирование

Краткая шкала оценки психического статуса – 22 балла +

Батарея тестов для оценки лобной дисфункции – 9 баллов +

Тест рисования часов – 4 балла

Проба Хальмаги

Отрицательна

Логопедическое обследование

Стертая форма псевдобульбарной дизартрии

Ортостатическая проба

После 10 минут в положении лежа АД 140/80 мм рт. ст., через 3 минуты в положении стоя – 135/80 мм рт. ст.

При проведении лабораторного обследования у данной пациентки требуется выполнение

- бетагистина
- флудрокортизона
- пентоксифиллина
- пирацетама

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|=====

| Общий анализ крови | Результат | Норма

| ГЕМОГЛОБИН (HGB) g/dl | 14,7 | 12-16

| ЭРИТРОЦИТЫ (RBC) мл/мкл | 4,55 | 4-5

| Гематокрит (%) | 41,1 | 35-42

| Средний объем клетки (мкм.куб.) | 90,2 | 75-97

| Средн. сод. HGB в клетке (пг) | 32,4 | 27-35
| Средн. конц. HGB в клетке (г/дл) | 35,9 | 30-39
| ТРОМБОЦИТЫ (тыс/мкл) | 168 | 150-400
| ЛЕЙКОЦИТЫ (WBC) 10^9 /л | 3,55 | 4-9

|====

{nbsp}

|====

| Лейкоцитарная формула | Результат | Норма
| Нейтрофилы % | 55,7 | 47-72
| Эозинофилы % | 0,9 | 1-5
| Базофилы % | 0,6 | 0-1
| Лимфоциты % | 35,6 | 19-37
| Моноциты % | 5 | 3-11
| Атипичные клетки % (LUC) | 2,1 | 0-4
| СОЭ (по Westergren) мм/ч | 6 | 2-20

|====

Анализ показателей функции щитовидной железы

Т4 свободный – 15 пмоль/л (12 – 22) +

ТТГ – 2,6 мЕ/л (норма 0,27 – 4,2)

Анализ концентрации витамина В12, фолиевой кислоты, гомоцистеина

Витамин В12 – 262 пг/мл (норма 193 – 982) +

Фолиевая кислота – 2,9 нг/мл (норма 3,1 – 20,5) +

Гомоцистеин – 17,5 ммоль/л (норма 5,0 – 12,0)

Анализ липидного спектра

Холестерин общий – 6,53 ммоль/л (норма 2,99 – 5,24) +

ЛПВП – 1,41 ммоль/л (норма 0,78 – 2,2) +

ЛПНП – 4,31 ммоль/л (норма 1,68 – 4,53) +

Триглицериды – 1,76 ммоль/л (норма 0,70 – 1,70) +

Коэффициент атерогенности – 3,63 ммоль/л (норма 0,98 – 4,51)

Анализ концентрации гликированного гемоглобина

HbA1c 9,5%

Анализ концентрации С-реактивного белка

2 мг/л (норма <5)

Инструментальным диагностическим методом, позволяющим уточнить диагноз у данной больной, является

- бетагистина
- флудрокортизона
- пентоксифиллина
- пирацетама

Результаты обследования

МРТ головного мозга

***Заключение*:** МР-картина множественных сливных очагов глиоза, расположенных как супратенториально, так и перивентрикулярно;

множественные лакунарные кисты в области базальных ядер и семиовального центра; умеренная внутренняя и наружная заместительная гидроцефалия.

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

УЗ-признаки стенозирующего атеросклероза внутренних сонных артерий (40-45%). Деформация хода обеих позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков. S-образный изгиб обеих позвоночных артерий в экстравертебральном отделе.

Электроэнцефалография

Заключение: патологии не выявлено.

Рентгенография шейного отдела позвоночника

Выраженные дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника. Признаки унковертебрального артроза C2-C4 слева.

Одним из ведущих клинических синдромов в приведенном случае является

- нейроортопедический синдром
- вестибулопатический синдром
- синдром нервно-психических нарушений
- синдром чувствительных нарушений

Когнитивные нарушения в представленном случае могут соответствовать

- деменции
- делирию
- умеренному когнитивному расстройству
- легкому когнитивному расстройству

Данной больной можно поставить диагноз

- деменции
- делирию
- умеренному когнитивному расстройству
- легкому когнитивному расстройству

Диагноз

Сосудистая деменция

Болезнь Альцгеймера

Лобно-височная деменция

Нормотензивная гидроцефалия

В основе когнитивных нарушений у пациентки лежит

- цереброваскулярное заболевание
- субклинический гипотиреоз

- деменция с тельцами Леви
- нормотензивная гидроцефалия

Препаратом выбора для коррекции когнитивных нарушений является

- церебролизин
- мемантин
- цитиколин
- ницерголин

Ожидать появления эффекта противодементной терапии следует в течение

- 3 недель
- 12 месяцев
- нескольких лет
- 3 месяцев

В основе предупреждения дальнейшего прогрессирования когнитивных нарушений лежит

- ограничение повышенной умственной и физической нагрузки
- постоянное применение ноотропных препаратов с их чередованием
- создание атмосферы психологического комфорта
- вторичная профилактика инсульта

При наличии агрессивности, возбуждения, не связанных с обострением какой-либо соматической патологии и сохраняющихся, несмотря на применение базисных противодементных средств, следует назначить

- малые дозы галоперидола
- когнитивно-поведенческую терапию
- малые дозы кветиапина
- большие дозы глицина

Оптимальным уровнем артериального давления при ведении данной пациентки может считаться + _____ + мм рт. ст

- малые дозы галоперидола
- когнитивно-поведенческую терапию
- малые дозы кветиапина
- большие дозы глицина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 81-го года вызвала врача-гериатра на дом.

Жалобы

На боли в спине при длительном сидении на стуле или диване, которые уменьшаются при принятии горизонтального положения. Частые падения дома и на улице (за последний год 3 случая) на ровной поверхности без видимой причины. Снижение памяти, внимания, потерю интереса к жизни. Отсутствие аппетита. Из-за частых падений боится выходить из дома. Последние 3 месяца отмечает недержание мочи.

Анамнез заболевания

6 месяцев назад упала на улице на лед в зимнее время года. После падения почувствовала острую боль в спине. Была госпитализирована в экстренном порядке в травматологическое отделение. В ходе обследования выявлены множественные компрессионные переломы тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника. Получала курсы НПВП, анальгетиков с положительным эффектом. Выписана из стационара домой. Обратилась в поликлинику, выполнила денситометрию. Назначены препараты кальция и витамина D. Боли стали нарастать после последних двух случаев падений дома. Лечилась самостоятельно (противовоспалительные мази и пластыри) без эффекта. Была абсолютно независима до случая падения на улице. Пациентка передвигается по квартире с тростью, проживает одна, родственников нет. Из дома не выходит. Со слов содержание квартиры запустила, нет желания убираться и готовить пищу. Субъективно отмечает снижение массы тела по одежде. В последнее время отмечает недержание мочи.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз.

Гипертоническая болезнь 2ст, АГ 2, риск ССО 3. Дислипидемия.

Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника.

Постменопаузальный остеопороз тяжелая форма с множественными компрессионными переломами, Т-критерий по позвоночнику T L1-L4=-3,4.

Ожирение 1ст. Хронический гастрит вне обострения.

* Аллергических реакций не выявлено.

* Принимает лекарственную терапию: лизиноприл 10 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, аторвастатин 10 мг/сут с достижением целевых значений АД 120/70 мм рт. ст.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 158 см, масса тела 78 кг.

Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без патологических образований. Суставы верхних и нижних конечностей внешне не изменены, безболезненные при пальпации. Движения в полном объеме. Пальпация паравerteбральной области болезненная, интенсивность болевого синдрома по ВАШ= 80 мм. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, симметричный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 78 в 1 мин, АД 156/95 мм рт. ст. Молочные железы симметричны, визуально и пальпаторно патологических образований не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не

увеличены. Печень по краю реберной дуги. Стул, диурез со слов в норме. Периферических отеков нет.

Учитывая симптомы у пациентки следует провести обследование по алгоритму для исключения старческой астении, включая

- малые дозы галоперидола
- когнитивно-поведенческую терапию
- малые дозы кветиапина
- большие дозы глицина

Результаты обследования

Скрининг- опросник на выявление старческой астении «Возраст не помеха»

5 баллов

Выполнение комплекса тестов физического функционирования (SPPB-тесты)

5 баллов

Выполнение Мини-Ког теста

3 балла

Определение индекса массы тела (ИМТ)

31,24 кг/м²

Оценка шкалы Бартел

85 баллов

Оценка шкалы Морсе

20 баллов

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относится определение

- малые дозы галоперидола
- когнитивно-поведенческую терапию
- малые дозы кветиапина
- большие дозы глицина

Результаты лабораторных методов обследования

Определение уровня 25 (ОН)D в сыворотке крови

Концентрация 25(ОН)D 17 нг/мл +

Дефицит витамина D 25(ОН)D <20 нг/мл +

Недостаточность 25(ОН)D от 20 до 30 нг/мл +

Адекватные уровни - более 30 нг/мл

Определение скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕПІ

СКФ 52мл/мин/1,73м² (норма более 90 мл/мин/1,73 м², для лиц старше 65 лет норма СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м²)

Определение уровня гемоглобина в сыворотке крови

Концентрации гемоглобина 109 г/л (норма более 120 г/л)

Определение уровня С-реактивного белка

Концентрация С-реактивного белка 4 мг/л (норма < 5 мг/л)

Определение уровня кальция общего в крови

Концентрации кальция общего в крови 2,20 ммоль/л (норма 2,2 - 2,55 ммоль/л)

Определение уровня мочевины в сыворотке крови

Концентрации мочевины в крови 5,2 ммоль/л (норма 2,9-8,2 ммоль/л)

Учитывая наличие гериатрических синдромов и результатов обследования, больной можно поставить ведущий диагноз

- малые дозы галоперидола
- когнитивно-поведенческую терапию
- малые дозы кветиапина
- большие дозы глицина

Диагноз

Старческая астения с нарушением двигательной и когнитивной функции

Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника

Фибромиалгия

Хронический пиелонефрит

Боль в спине следует рассматривать как следствие

- компрессионных переломов на фоне остеопороза
- аксиального спондилита
- метастазов злокачественного образования
- туберкулеза позвоночника

10-летняя вероятность основных остеопоротических переломов оценивается с помощью

- модели FRAX
- компьютерной томографии
- двухэнергетической абсорбциометрии
- рентгенографии позвоночника

Для купирования болевого синдрома с учетом уровня ВАШ (визуальной аналоговой шкалы) целесообразно назначение

- нестероидных противовоспалительных средств
- опиоидных анальгетиков
- препаратов кальция с витамином D
- ненаркотических анальгетиков

Для предупреждения повторных переломов и повышения минеральной плотности костной ткани у пациентов с остеопорозом рекомендуется назначение

- оссеин-гидроксиапатитного комплекса
- бисфосфонатов
- витаминов группы В
- препаратов магния

С целью профилактики повторных падений пациентке необходимо назначить

- препараты колекальциферола
- обезболивающие препараты
- антигипертензивные препараты
- гиполипидемические препараты (статины)

Немедикаментозное лечение когнитивных нарушений у пациентки со старческой астенией предполагает проведение

- сеансов гипноза
- тренинга эмоциональной саморегуляции
- физиотерапии
- когнитивного тренинга

Частота выполнения КГО врачом-гериатром

- не реже 1 раза в год
- не реже 1 раза в 1 месяц
- не реже 1 раза в 2 недели
- каждые 3 месяца

Показанием для госпитализации пациентки в гериатрическое отделение является

- лечение остеопороза
- обострение хронического гастрита
- лечение ожирения
- хронический болевой синдром

Неблагоприятным исходом старческой астении у пациентки в случае возможной госпитализации может быть

- лечение остеопороза
- обострение хронического гастрита
- лечение ожирения
- хронический болевой синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 85 лет направлен к гериатру врачом общей практики для консультации по поводу частых падений.

Жалобы

Жалуется на внезапные эпизоды потери сознания и падения в связи с этим с высоты собственного роста. Таких эпизодов за прошедшие полгода было более 5.

Беспокоит также нерегулярное сердцебиение, слабость, головокружение, снижение памяти на текущие события, шум в ушах.

Анамнез заболевания

Частые падения беспокоят более года. Нерегулярное сердцебиение было расценено как фибрилляция предсердий во время стационарного обследования 5 лет назад. Назначено лечение. Частота падений выросла за последний год значительно. Боится выходить из дому. Дважды госпитализировался после обмороков: в сентябре и октябре этого же года. Несмотря на проведенное лечение, падения и обмороки не прекратились.

Анамнез жизни

В прошлом военный, на пенсии более 30 лет. Образование высшее. Живет с семьей внука. +

Не курит. Алкоголь раньше употреблял в небольших количествах, сейчас не употребляет. Из перенесенных заболеваний отмечает проблемы с желчным пузырем и поджелудочной железой, но камней не находили, оперировали предстательную железу более 10 лет назад. Постоянно принимает метопролол 50 мг 2 раза в день, (аторвастатин) торвакард 20 мг ежедневно, ацетилсалициловую кислоту (аспикор) 100 мг ежедневно, фозиноприл (фозикард) 10 мг ежедневно, кавинтон, 5 мг 3 раза в день, фамотидин 40 мг ежедневно.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, пациент контактен, настроение бодрое. Сильно озабочен своим состоянием. +

В месте и времени ориентирован. Тест Мини-ког-2 балла, часы нарисованы на 9 баллов. +

Масса тела 75 кг, рост 170 см. +

Пульс неритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца глухие, неритмичные. АД 150 и 70 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. +

Живот мягкий, несколько болезненный в правом подреберье и эпигастрии.

Периферических отеков нет. В затылочно-теменной области слева небольшая (1x2 см) гематома. На коже верхних конечностей несколько старых кровоподтеков.

Результат опроса по опроснику «Возраст не помеха»

|=====

| № ^| Вопросы | Ответ

| 1 | Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? {asterisk} | нет

| 2 | Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? | нет

a|3 | Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? | да

a|4 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? | нет

| 5 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | да

| 6 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | нет

| 7 | Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет) | нет

|====

Ключевая информация для постановки диагноза, которую необходимо выяснить у пациента - это

- лечение остеопороза
- обострение хронического гастрита
- лечение ожирения
- хронический болевой синдром

Результаты обследования

Была ли кратковременная потеря сознания во время каждого падения

Родственники пациента, и сам пациент утверждают, что он терял на короткое время сознание, и быстро приходил в себя.

Что предшествовало приступу

Обмороки происходили в различных условиях: дома, на улице, без предшествовавшей стрессовой ситуации, в основном при нормальной температуре воздуха в помещении, иногда перед обмороком начинала кружиться голова

Описание непосредственно обморока

Пациент всегда падал с высоты собственного роста, стоя, отмечалась бледность, несколько раз отмечались судорожные подергивания конечностей, иногда было непроизвольное мочеиспускание. Восстановление спонтанное, быстрое.

Есть ли у пациента заболевания сердечно-сосудистой системы

Страдает гипертонической болезнью, длительно получает лечение

Эпилептические припадки в анамнезе

Ранее судорожных припадков не было

Отмечалось ли когда-либо изменение содержания глюкозы в крови

Содержание глюкозы всегда было нормальным

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- лечение остеопороза
- обострение хронического гастрита
- лечение ожирения
- хронический болевой синдром

Результаты инструментальных методов обследования

Немедленная регистрация ЭКГ

***Заключение по ЭКГ*:**

Фибрилляция - трепетание предсердий со средней частотой 76 в мин. Блокада передне- верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса.

Суточное мониторирование электрокардиограммы

{nbsp}

{nbsp}

{nbsp}

{nbsp}

***Заключение*:** мониторирование продолжалось в течение 3 суток. Фибрилляция предсердий весь период наблюдения со средней ЧЖС 76 в мин. Эктопическая активность желудочков представлена в первые сутки частой мономорфной желудочковой экстрасистолией, 34 в час, во вторые и третьи сутки единичными редкими ЖЭС. Зарегистрированы 23 паузы, из них максимальная 3879 м/сек. Больше всего (19 пауз) зарегистрировано на третьи сутки. В дневные и ночные часы. Нагрузки активно не выполнялись. Макс. частота 126 в мин., мин. 41 в мин. Достоверных смещений сегмента ST не отмечено.

Консультация невролога и ЭЭГ

Сознание ясное, правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Эмоционально лабилен, фиксирован на собственных болезненных ощущениях. Лицо симметричное, язык по средней линии. Глазные щели D=S. Зрачки округлой формы, симметричные. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция и реакция зрачков на свет снижены. Прямая и содружественная фотореакции вялые, симметричные. Диплопии и нистагма нет. Глотание и фонация не нарушены. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненна. Надбровный, глоточный и корнеальный рефлекс в норме. Тонус не изменен. Сила в конечностях 5 баллов, объем движений полный. Симптомы орального автоматизма- Маринеску- Радович, хоботковый с двух сторон. Патологические стопные знаки – симптом Бабинского положительный с обеих сторон. Чувствительность не нарушена. Пяточно-коленную и пальце - носовую пробы выполняет с интенцией. В пробе Ромберга неустойчив, без четкой латерализации. Менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов контролирует.

***Заключение по ЭЭГ*:** легко нарушенная ЭЭГ со сглаженными зональными различиями. Без признаков пароксизмальной и очаговой активности в покое и при функциональных пробах.

Эхокардиограмма

***Заключение*:** концентрическая гипертрофия ЛЖ. Фиброзные изменения миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Дилатация ЛП, ПП, ПЖ. Склеродегенеративные изменения аорты, АК, МК. МН 1 ст. ОТН 1-2 ст. Легочная гипертензия 1 степени.

КТ головного мозга

Протокол исследования. +

Область исследования – головной мозг. +

При компьютерной томографии головного мозга объемных образований не выявлено. Желудочки головного мозга расширены. Боковые желудочки симметричны. Перивентрикулярные зоны лейкоареоза за счет хронических ишемических изменений. Срединные структуры не смещены. Плотность гипофиза соответствует возрастной норме. Субарахноидальные пространства расширены за счет атрофии вещества мозга в области борозды 0,6-0,5 см. Слева в лобно- теменной области гиподенсный участок 3x2 см в аксиальной проекции- перенесенное НМК. Плотностные показатели белого и серого вещества в пределах возрастной нормы. Околоносовые пазухи в зоне сканирования не изменены. Костных деструктивных и травматических изменений в зоне сканирования не обнаружено.

Заключение: ангиоэнцефалопатия с развитием заместительной гидроцефалии.

Учитывая описание картины обморока, изменения, выявленные во время суточного мониторирования ЭКГ, больному можно поставить диагноз

- лечение остеопороза
- обострение хронического гастрита
- лечение ожирения
- хронический болевой синдром

Диагноз

Фибрилляция – трепетание предсердий. Блокада передневерхнего разветвления левой ножки пучка Гиса. Неуточненное нарушение АВ-проводения. Кардиогенный обморок

Атеросклероз аорты и мозговых сосудов. Нарушение мозгового кровообращения. Дисциркуляторная энцефалопатия. Фибрилляция – трепетание предсердий. Нейрогенный обморок

Фибрилляция-трепетание предсердий. Ишемическая болезнь сердца. Спазм сосудов головного мозга

Ортостатическая гипотензия. Ортостатический обморок

Наиболее достоверно подтвердить аритмическую природу обморока можно с помощью таких современных инструментальных методов диагностики, как

- магнитно-резонансная томография миокарда
- установка петлевого регистратора
- сцинтиграфия миокарда
- коронароангиография

Данному пациенту показано лечение с помощью

- установки электрокардиостимулятора
- приема препаратов класса бета-блокаторов
- использование приема изотонического физического противодействия
- приема препаратов класса холиномиметиков

Пациенту необходима консультация

- нейрохирурга
- кардиолога
- терапевта
- невролога

Для подтверждения диагноза аритмогенного обморока пациенту необходимо выполнить

- электрофизиологическое исследование
- эхокардиографию с нагрузкой
- лекарственную пробу с аденозинфосфатом
- массаж каротидного синуса

Из препаратов, принимаемых пациентом, необходимо отменить

- метопролол
- фамотидин
- аспикор
- торвакард

Данному пациенту госпитализация

- показана в отделение неотложной кардиологии
- показана в отделение неврологии
- показана в гериатрическое отделение
- не показана

Выполнение тилт-теста данному пациенту

- показано для воспроизведения брадикардии
- показано для воспроизведения гипотензии
- не показано
- показано для воспроизведения асистолии

Ситуационный обморок следует подозревать, если потеря сознания возникла

- в результате приема гипотензивного препарата
- при повороте головы в сторону

- после приема пищи
- немедленно после провоцирующей ситуации – кашля, чихания, мочеиспускания, дефекации

Наиболее частой причиной обмороков у пожилых людей является

- в результате приема гипотензивного препарата
- при повороте головы в сторону
- после приема пищи
- немедленно после провоцирующей ситуации – кашля, чихания, мочеиспускания, дефекации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 75 лет направлен врачом общей практики к гериатру в связи с необходимостью обследования для исключения диагноза старческой астении.

Жалобы

Жалуется на слабость, частое головокружение, сниженное настроение, плохую память, снижение слуха и ухудшение зрения. Отмечает, что несколько раз терял сознание, падал в обморок. Однажды потерял сознание во время вождения машины, к счастью успел затормозить, т.к. почувствовал приближение обморока.

Анамнез заболевания

Ухудшение общего самочувствия около года. Ранее страдал гипертонической болезнью, регулярно и постоянно принимал антигипертензивные препараты (валсартан, индапамид). Около года отмечает низкое давление, около 110 мм рт. ст, периодически препараты не принимает. За последние полгода упал несколько раз, больше 5, получал мелкие травмы: ушиб локтя, плеча, ссадины и кровоподтеки. В больнице не лежал, операций не было.

Анамнез жизни

Живет с женой, которая младше его на пять лет. Дети взрослые, живут отдельно, но часто навещают родителей, помогают по хозяйству. Ранее работал инженером, образование высшее. Не курит. Алкоголь употребляет редко.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентирован. Кожные покровы нормальной окраски, тургор снижен. Кожа сухая, шелушится. +

Пульс ритмичный, 60 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ритмичные, звучные. Систолический шум на аорте и в точке Боткина. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Периферических отеков нет. +

Масса тела 70 кг, рост 175 см.

Результат опроса по опроснику «Возраст не помеха»

|====

| № ^| Вопросы | Ответ

| 1 | Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? {asterisk} | да

| 2 | Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? | да

| 3 | Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? | да

| 4 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? | да

| 5 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | да

| 6 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | нет

| 7 | Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет) | нет

|====

Ключевая информация для постановки диагноза, которую необходимо выяснить у пациента - это

- в результате приема гипотензивного препарата
- при повороте головы в сторону
- после приема пищи
- немедленно после провоцирующей ситуации – кашля, чихания, мочеиспускания, дефекации

Результаты обследования

Была ли кратковременная потеря сознания во время каждого падения

Каждое падение сопровождалось кратковременной потерей сознания, когда пациент не помнил, как он очутился на полу или тротуаре.

Что предшествовало приступу

Отмечает, что потерял сознание во время вождения машины, выезжая из гаража задним ходом; потерял сознание во время бритья в ванной, упал и получил ушиб плеча и локтя; падал на улице во время ожидания автобуса на остановке общественного транспорта, когда смотрел в сторону движения автобуса; однажды потерял сознание, работая за компьютером.

Описание непосредственно обморока

Падал мягко, мочеиспускания не было, судорог тоже

Повышалось ли артериальное давление во время приступа

О повышении артериального давления не знает, так как не удавалось измерять во время приступа

Есть ли неврологические заболевания

В анамнезе дисциркуляторная энцефалопатия

Есть ли заболевания шейного отдела позвоночника

При рентгеновском исследовании выявлен остеохондроз позвоночника 5 лет назад, грыжа диска С2,3

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- в результате приема гипотензивного препарата
- при повороте головы в сторону
- после приема пищи
- немедленно после провоцирующей ситуации – кашля, чихания, мочеиспускания, дефекации

Результаты инструментальных методов обследования

Электрокардиограмма

Ортостатическая проба

Проба Шеллонга:

1. САД в горизонтальном положении- 135 мм рт. ст.; ДАД – 74 мм рт. ст.
2. 1-я мин. – САД 130 мм рт. ст., ДАД 70 мм рт. ст.
3. 3-я мин. – САД- 120 мм рт. ст., ДАД 70 мм рт. ст.
4. 5-я мин. – САД 120 мм рт. ст., ДАД -70 мм рт. ст.
5. 7-я мин. – САД 125 мм рт. ст., ДАД -70 мм рт. ст.

Суточное мониторирование ЭКГ

***Заключение*:** мониторирование продолжалось в течение 24 часов 10 мин.

Основной ритм синусовый весь период наблюдения со средней ЧЖС 76 в мин.

Эктопическая активность желудочков представлена редкой мономорфной желудочковой экстрасистолией, суправентрикулярной экстрасистолией в дневные и ночные часы. Нагрузки активно не выполнялись. Макс. частота 98 в мин., мин. 52 в мин. Достоверных смещений сегмента ST не отмечено.

Ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи

Консультация невролога

Сознание ясное, правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Лицо симметричное, язык по средней линии. Глазные щели D=S. Зрачки округлой формы, симметричные. Движения глазных яблок в полном объеме. Конфергенция и реакция зрачков на свет снижены. Прямая и содружественная фотореакции вялые, симметричные. Диплопии и нистагма нет. Глотание и фонация не нарушены. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненная. Надбровный, глоточный и корнеальный рефлекс в норме. Тонус не изменен. Сила в конечностях 5 баллов, объем движений полный. Симптомы орального автоматизма - Маринеску-Радович, хоботковый с двух сторон. Патологические стопные знаки – отсутствуют. Чувствительность не нарушена. Пяточно-коленную и пальце - носовую пробы выполняет с интенцией. В пробе Ромберга неустойчив, без четкой латерализации. Менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов контролирует

МРТ шейного отдела позвоночника

***Заключение*:** МР-картина дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника, осложненных протрузиями межпозвонковых дисков С5-7 и грыжами С5-7 со стенозом позвоночного канала, сопровождающихся реактивными неинфекционными воспалительными изменениями в телах

позвонков С5-6 по типу отека костного мозга (Modic тип 1), антелистега С3 (на 0,2см), спондилоза С5-7, шейного кифоза, С-образного левостороннего сколиоза, артроза фасеточных суставов С2-7 и унковертебрального артроза С5-7.

Учитывая результаты первичной оценки, пациенту показано выполнение

- в результате приема гипотензивного препарата
- при повороте головы в сторону
- после приема пищи
- немедленно после провоцирующей ситуации – кашля, чихания, мочеиспускания, дефекации

Результаты обследования

Массаж каротидного синуса

Был выполнен массаж каротидного синуса в положении лежа и стоя, при котором (в положении стоя) зарегистрирована асистолия более 7 с, после чего – снижение АД до 70/40 мм рт. ст.

Пробы с физической нагрузкой

При выполнении ступенчатой физической нагрузки воспроизвести обморок не удалось. Признаков ортостаза, брадикардии не выявлено.

Электрофизиологическое исследование

При проведении электрофизиологического исследования данных за аритмии, слабость синусового узла или нарушение АВ проведения не получено.

Эхокардиограмма

{nbsp}

Заключение: левый желудочек не увеличен. Миокард утолщен. Глобальная сократимость сохранена. Локальных нарушений сократимости не выявлено. Аорта незначительно расширена, уплотнена. Левое предсердие увеличено. Кальциноз аортального и митрального клапанов. Митральная регургитация 1-2, аортальная регургитация 1. Правые отделы не изменены. Гипертрофия левого желудочка. Атеросклероз аорты.

Учитывая результаты начальной оценки и инструментальных данных, больному можно поставить диагноз

- в результате приема гипотензивного препарата
- при повороте головы в сторону
- после приема пищи
- немедленно после провоцирующей ситуации – кашля, чихания, мочеиспускания, дефекации

Диагноз

Синдром гиперчувствительности каротидного синуса

Атеросклероз сосудов. Стеноз сонных артерий. Транзиторные ишемические атаки в вертебро-базиллярном бассейне

Гипертоническая болезнь 2 ст., 2 степени. Ортостатический обморок

Обморок неясного генеза

Учитывая сумму баллов по опроснику «Возраст не помеха», жалобы на снижение массы тела, ухудшение зрения и слуха, пациенту показано проведение

- теста «Краткая батарея тестов физического функционирования»
- теста Мини-ког
- теста по шкале «Краткая оценка состояния питания»
- комплексной гериатрической оценки

Учитывая характер и причину обморока, пациенту показана (-ны)

- физические тренировки и маневры противодействия
- имплантация автоматического дефибриллятора
- установка двухкамерного водителя ритма
- тренировки на Тилт-столе

Противопоказанием к проведению массажа каротидного синуса является

- атеросклеротические бляшки в сонных артериях и утолщение комплекса «интима-медиа», выявленные при ультразвуковом обследовании
- выраженная брадикардия в покое и положительная ортостатическая проба
- транзиторная ишемическая атака в анамнезе, стеноз высокой градации, наличие аускультативно определяемых шумов на сонных артериях
- наличие грыжевых образований в шейном отделе позвоночника

Дальнейшее лечение пациенту показано в

- неврологическом отделении
- гериатрическом отделении
- кардиологическом отделении
- отделении интенсивной терапии

Обмороки у пациентов с синдромом каротидного синуса обусловлены

- повышенной чувствительностью барорецепторов каротидного синуса
- атеросклеротическими изменениями сонных артерий с образований атером
- наличием грыжевых образований в шейном отделе позвоночника и антелистезом
- транзиторными ишемическими атаками в бассейне сонных артерий

Возникновение обморока у пациента с наличием шумов в проекции аортального клапана требует назначения после начальной оценки

- электрофизиологического исследования
- коронароангиографии
- пробы с физической нагрузкой
- эхокардиографии

Обязательным немедикаментозным методом лечения синкопальных состояний является

- выполнение статических физических нагрузок
- выполнение тренировок для поддержки равновесия
- обучение пациентов правильному поведению при появлении триггеров обморока
- выполнение лечебных репозиционных маневров

Наиболее частой причиной обмороков у пожилых людей является (-ются)

- выполнение статических физических нагрузок
- выполнение тренировок для поддержки равновесия
- обучение пациентов правильному поведению при появлении триггеров обморока
- выполнение лечебных репозиционных маневров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дочь пациентки на приеме сообщает, что 75-летняя мать стала редко выходить из дому, особенно зимой и в темное время суток, перестала общаться с друзьями, не занимается своими любимыми делами, даже не смотрит телевизор. Дочь отмечает, что мать стала плохо слышать, особенно в разговоре с внуками, при включенном радио, телевизоре.

Жалобы

Пациентка никаких жалоб не предъявляет, считает, что у нее все «по возрасту».

Анамнез заболевания

Дочь отмечает, что подобное состояние наблюдается примерно 6-8 месяцев. Раньше была активной, бодрой, общительной.

Анамнез жизни

В анамнезе артериальная гипертензия более 10 лет, компенсированная двумя препаратами- индапамидом и периндоприлом. Более 20 лет назад перенесла пневмонию, лечили антибиотиками. Живет с семьей дочери. Муж умер три года назад. Ранее работала швеей, прекратила работу 15 лет назад.

Последний раз посещала врача больше года назад по поводу повышенного АД.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 24 кг/м^2 . Сознание ясное.

В месте, времени ориентирована. АД130/70 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 72 в минуту, тоны сердца ясные, акцент 2 тона над аортой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень из – под края реберной дуги не выступает. Периферических отеков нет.

Результат опроса по опроснику «Возраст не помеха»

|=====

| № ^| Вопросы | Ответ

| 1 | Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? {asterisk} | нет

| 2 | Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? | да

| 3 | Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? | нет

| 4 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? | да

| 5 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | нет

| 6 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | нет

| 7 | Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет) | нет

|=====

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- выполнение статических физических нагрузок
- выполнение тренировок для поддержки равновесия
- обучение пациентов правильному поведению при появлении триггеров обморока
- выполнение лечебных репозиционных маневров

Результаты обследования

Акуметрия-тест шепотной речи и камертональные пробы Вебера и Ринне

[cols="^25%,^25%,^25%"]

|=====

| AS | Пробы | AD

| - | сш | -

| 2 м | ШР | 2м

| 6 м < | РР | 6 м <

| {plus} | Проба Ринне | {plus}

|

| *Проба Вебера* |

|=====

{nbsp}

Слуховой паспорт

Необходима оценка эмоционального статуса, т.к. это является одной из основных жалоб родственников и пациентки

. В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью? НЕТ

- . Вы забросили большую часть своих занятий и интересов? ДА
- . Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста? ДА
- . Вам часто становится скучно? ДА
- . У вас хорошее настроение большую часть времени? НЕТ
- . Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое? НЕТ
- . Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени? НЕТ
- . Вы чувствуете себя беспомощным? НЕТ
- . Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым? ДА
- . Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других? НЕТ
- . Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно? ДА
- . Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным? ДА
- . Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой? НЕТ
- . Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время? ДА
- . Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами? ДА

Общий балл: 10

Рентген костей черепа и внутреннего уха

Череп обычной формы и размеров, рентгеноанатомические соотношения отдельных костей мозгового и лицевого черепа стандартные. Швы черепа обычного расположения, по своей структуре и скиалогическому отображению соответствуют возрастной норме. Толщина костей черепа в пределах нормы от 0,5 до 0,9 см. Толщина наружной пластинки около 1 мм. Толщина внутренней пластинки от 1 до 2 мм. Контуры пластинок на всем протяжении ровные, четкие. Костная структура и рельеф костей свода черепа:

-- структура диплое мелкоячеистая, стандартная.

-- пальцевидные вдавления распределение и глубина в пределах нормы.

Сосудистый рисунок: борозды средней оболочечной артерии в виде древовидных разветвлений с ровными контурами, постепенно суживаются к периферии, удовлетворительно дифференцируются, обычного калибра. Каналы вен губчатого вещества в пределах скиалогической нормы. Пахионовы ямки (пахионовы грануляции) дифференцируются в заднем отделе чешуи лобной кости, обычной формы и размеров

Диагностическое заключение: Со стороны черепа патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови

Дуплексное исследование сосудов головы и шеи

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

БЦА (ОСА, ВСА, НСА, ПА, ПКА, БЦС) проходимы.

Комплекс интима-медиа ОСА с двух сторон 0,7 мм, в устье левой ВСА по передней стенке плоская гипозоногенная АСБ с ровным контуром, аналогичная АСБ в устье ВСА справа – стеноз начальный ближе к 15%. +

Патологических извитостей сонных, позвоночных артерий не выявлено. +

Диаметр артерий нормальный. +

Линейная скорость кровотока (ЛСК) в ОСА слева 80 см/с, справа 82 см/с; в ВСА слева 78 см/с, 70 см/с, ПИ 1, 2, справа - 68 см/с, ПИ 1,25.; в ПА слева 46 см/с, ПИ 1,5, справа - 50 см/с, ПИ 1,55. +

Обе ПА входят в канал позвонков на уровне С6., ход их в V2 без значимых смещений. +

Диаметр левой ВЯВ 23 мм, правой – 12 мм.

На интракраниальном уровне: артерии (СМА, ПМА, ЗМА, ПА, ОА) проходимы, кровоток в СМА, ПМА, ЗМА не снижен, в пределах нормы, симметричен, повышен индекс Гослинга до 1,1-1,25. В ЛСК в вене Розенталя слева 22 см/с, справа – 20 см/с.

Заключение: признаки атеросклероза с начальным стенозированием устьев обеих внутренних сонных артерий. Снижение кровотока в интракраниальном отделе позвоночных артерий. Повышение периферического сопротивления артерий основания мозга. Признаки умеренного затруднения венозного оттока из полости черепа. Эктазия левой ВЯВ.

Биохимическое исследование крови

АЛТ- 24 ед

АСТ-16 ед

Билирубин непрямой 16 мкмоль/л

Креатинин - 56 мкмоль/л

Общий холестерин - 5,7 ммоль/л

ХС ЛПНП - 3,5 ммоль/л

Глюкоза - 6,0 ммоль/л

Общий белок – 65 г/л

Альбумин - 39 г/л

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- выполнение статических физических нагрузок
- выполнение тренировок для поддержки равновесия
- обучение пациентов правильному поведению при появлении триггеров обморока
- выполнение лечебных репозиционных маневров

Результаты инструментальных методов обследования

Отоскопия

* Наружный осмотр. Ушные раковины обычной формы, средней величины, расположение правильное. Лимфатические узлы передней и позади ушной области не пальпируются. Пальпация хрящевой части уха, сосцевидного отростка и надавливание на козелок безболезненны слева и справа.

* Наружный слуховой проход свободен, проходим с обеих сторон. Барабанная перепонка слева и справа перламутро-серого цвета, определяется световой рефлекс.

Аудиометрия речевая и тональная

Суточное мониторирование АД

За время мониторирования (24:38) средние значения АД составили 122 и 71 мм рт. ст., средняя ЧСС-83 в минуту. Умеренная тенденция к тахикардии в дневные часы (средняя ЧСС днем - 86 в минуту). Степень снижения систолического (16%) и диастолического (16%) давления в ночные часы в пределах нормы (10-20%) – диппер. Индексы измерений за сутки: систолический - 15% (при дневном – 18%), диастолический - 4%. Суточный ИВ систолический - 12.47%, диастолический – 3,64% (в норме до 15%). Максимальные значения АД – 153 и 111 мм рт. ст.

Электрокардиограмма

Ритм синусовый, правильный, частота желудочковых сокращений 80 в минуту. Полугоризонтальная электрическая позиция сердца. Электрическая ось смещена влево.

RV6>RV5>RV4; Индекс Соколова-Лайона 36 мм

Магнитно-резонансная томография головного мозга с введением контраста

На серии МР томограмм взвешенных по T1, T2, Flair и DWI в трёх проекциях визуализированы суб- и супратенториальные структуры. +

Срединные структуры не смещены. +

В лобной и теменной области относительно симметрично с обеих сторон определяются множественные мелкоочаговые изменения, гиперинтенсивные по T2 и гипоинтенсивные по T1 (расширенные периваскулярные пространства Робина-Вирхова, отражающие проявление артериальной гипертонии или сосудистой дистонии). +

Боковые желудочки мозга симметричны, не расширены, без перивентрикулярной инфильтрации. III-й желудочек не расширен. IV-й желудочек не расширен, не деформирован. +

Внутренние слуховые проходы не расширены. +

Хиазмальная область без особенностей, гипофиз в размерах не увеличен, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Хиазмальная цистерна не изменена. Воронка гипофиза не смещена. Базальные цистерны не расширены, не деформированы. +

Субарахноидальные конвекситальные пространства и борозды полушарий большого мозга и мозжечка не расширены. Боковые щели мозга симметричны, не расширены. +

Миндалины мозжечка расположены на уровне большого затылочного отверстия, не выступая за его пределы.

Учитывая результат обследования, больному можно поставить диагноз

- выполнение статических физических нагрузок
- выполнение тренировок для поддержки равновесия
- обучение пациентов правильному поведению при появлении триггеров обморока
- выполнение лечебных репозиционных маневров

Диагноз

Сенсоневральная тугоухость. Пресбиакузис. Депрессия. Артериальная гипертензия компенсированная

Гипертоническая болезнь 2 ст., 2 стадия Дисциркуляторная энцефалопатия

Атеросклероз сосудов головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия

Старческая астения. Гипертоническая болезнь 1 ст., 2 стадии. Церебральный атеросклероз

Для окончательной инструментальной диагностики и постановки диагноза пациентка должна быть направлена на консультацию к

- сурдологу, психологу
- неврологу
- кардиологу
- отоневрологу

Лечение сенсоневральной тугоухости включает

- коррекцию нарушений слуха с помощью слуховых аппаратов (слухопротезирование)
- назначение два раза в год курсов метаболической терапии
- назначение сосудистых препаратов, улучшающих мозговой кровоток
- назначение курсов препаратов, улучшающих кровоток внутреннего уха и лабиринта

Оценка эффективности слухопротезирования проводится с помощью

- проверки характеристик слухового аппарата
- речевой аудиометрии, тональной аудиометрии, анкетирования
- консультаций оториноларинголога
- сбора жалоб и анамнеза пациента

Показанием к слухопротезированию является потеря слуха

- с обеих сторон, составляющая 30 дБ или более
- в возрасте от 75 лет
- вследствие профессиональной вредности
- от 70 дБ и более с любой стороны

Для повышения эффективности слухопротезирования необходимо

- обучение пациента и адаптация к аппарату
- использовать слуховой аппарат только для работы
- исключить использование аппарата в условиях шумовой загрязненности
- использовать только миниатюрные внутри ушные аппараты

Отказ пожилого человека от слухового аппарата в первые недели от начала использования вызван

- когнитивными нарушениями, развивающимися у больных со снижением слуха
- отсутствием адаптации мозга к усилению всех звуков (феномен «смятения слуха»)
- головными болями вследствие сдавления структур внутреннего уха
- недостаточной степенью усиления звука аппаратом

У пациентки с прогрессирующей тугоухостью выявлена депрессия, которая является следствием

- гипертонической болезни и дисциркуляторной энцефалопатии
- атеросклероза церебральных сосудов и энцефалопатией
- прогрессирующей сенсоневральной тугоухости/пресбиакузиса
- возрастных изменений психики

Пресбиакузис, как сенсорный дефицит, способствует повышению риска

- мальнутриции
- недержания мочи
- падений
- головокружения

При жалобах на шум в ушах, нередко сопровождающий пресбиакузис, необходимо назначить

- мальнутриции
- недержания мочи
- падений
- головокружения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 72 лет сообщил, что вчера был в кино с супругой и ничего не понял, т.к. не мог разобрать речь.

Жалобы

Жалуется на снижение слуха, особенно плохо понимает речь маленьких внуков, не понимает речь, если шумит вода или работает радио. Причем звуки слышит, но не может разобрать слова.

Анамнез заболевания

Ухудшение слуха заметил около года назад, нарушение прогрессировало постепенно. К врачу не обращался.

В последнее время стал отмечать, что снижение слуха нарушает его возможности общения, кажется, что он всех раздражает, всем мешает.

Анамнез жизни

В анамнезе длительное течение гипертонической болезни, получает лечение периндоприлом, индапамидом. +

Отмечает, что максимальные цифры АД 200/100, повышается редко, купирует повышение физиотензом. +

2 года назад перенес операцию эндопротезирования правого тазобедренного сустава по поводу перелома шейки бедра после падения. В прошлом году падал дважды, травм не было. Оба падения произошли на улице. +

Живет с женой. Взрослые дети живут отдельно. В прошлом работал строителем, работал на бурильных установках. +

Не курит, алкоголь употребляет редко, преимущественно пиво.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В месте, времени ориентирован. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, суховаты на ощупь. Индекс массы тела 26 кг/м^2 . АД 130/70 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 72 в минуту, тоны сердца ясные, акцент 2 тона над аортой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень из – под края реберной дуги не выступает. Периферических отеков нет.

Движения во всех суставах в полном объеме, безболезненные. В области правого тазобедренного сустава старый послеоперационный рубец.

Результат опроса по опроснику «Возраст не помеха»

|=====

| № ^| Вопросы | Ответ

| 1 | Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? {asterisk} | нет

| 2 | Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? | да

| 3 | Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? | да

| 4 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? | нет

| 5 | Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? | нет

| 6 | Страдаете ли Вы недержанием мочи? | нет

| 7 | Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет) | нет

|=====

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- мальнутриции
- недержания мочи
- падений
- головокружения

Результаты обследования

Акуметрия

Слуховой паспорт

[cols="^25%,^25%,^25%"]

|=====

| AS | Пробы | AD

| - | сш | -

| 2 м | ШР | 2м

| 6 м < | РР | 6 м <

| {plus} | Проба Ринне | {plus}

|

| *Проба Вебера* |

|=====

Тест «Встань и иди»

Тест выполнялся 30 сек.

Рентгенография тазобедренного сустава

На представленном рентгеновском снимке тазобедренных суставов в прямой проекции в области правого тазобедренного сустава (ТБС) визуализируется тень тотального протеза. В области левого ТБС головка бедренной кости несколько деформирована, суставная щель неравномерно сужена и составляет около $\frac{1}{2}$ от нормы в верхних отделах, суставные поверхности склерозированы, неравномерно утолщены, имеются краевые разрастания костной ткани.

Заключение: рентгенологические признаки деформирующего остеоартроза левого ТБС 2 стадии, состояние после эндопротезирования правого ТБС.

Проба Берг

|=====

| *Шкала равновесия Берг*

|
|
|

| 1.Из положения сидя в положение стоя | 4 б |

|

| 2.Положение стоя без поддержки | 4б |

|

| 3.Положение сидя без поддержки (ноги на полу) | 4 б |

|

| 4.Из положения стоя в положение сидя | 2 б |

|

| 5.Перемещение | 3 б |

|

| 6.Положение стоя без поддержки с закрытыми глазами | 3 б |

|

| 7.Положение стоя без поддержки, ноги вместе | 2 б |

| 8. Движение вперед с вытянутыми руками | 3 б |

| 9. Поднять предмет с пола | 3 б |

| 10. Обернуться и посмотреть через левое и правое плечо | 2 б |

| 11. Оборот на 360 градусов | 2 б |

| 12. Вести счет каждой ступени, на которую наступает пациент, на табурете
стремянке | 2 б |

| 13. Положение стоя без поддержки, одна нога впереди | 2 б |

| 14. Положение стоя на одной ноге | 1 б |

| *Общее количество баллов* | 37 б |

|====

Проба Тинетти

[cols="50%,^25%,^25%"]

|====

| Балл по походке | 8/12 | /12

| Балл по равновесию, полученный ранее | 14/16 | /16

| Общий балл = Равновесия {plus} Походка | 22/28 | /28

|====

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам
обследования относят**

- мальнутриции
- недержания мочи
- падений
- головокружения

Результаты инструментальных методов обследования

Отоскопия

* Наружный осмотр. Ушные раковины обычной формы, средней величины, расположение правильное. Лимфатические узлы передней и позади ушной области не пальпируются. Пальпация хрящевой части уха, сосцевидного

отростка и надавливание на козелок безболезненны слева и справа.

* Наружный слуховой проход свободен, проходим с обеих сторон. Барабанная перепонка слева и справа перламутрово-серого цвета, определяется световой рефлекс.

Тональная аудиометрия

Магнитно-резонансная томография головного мозга с введением контраста

На серии МР томограмм взвешенных по T1, T2, Flair и DWI в трёх проекциях визуализированы суб- и супратенториальные структуры.

Срединные структуры не смещены. +

В лобной и теменной области относительно симметрично с обеих сторон определяются множественные мелкоочаговые изменения, гиперинтенсивные по T2 и гипоинтенсивные по T1 (расширенные периваскулярные пространства Робина-Вирхова, отражающие проявление артериальной гипертензии или сосудистой дистонии). +

Боковые желудочки мозга симметричны, не расширены, без перивентрикулярной инфильтрации. III-й желудочек не расширен. IV-й желудочек не расширен, не деформирован. +

Внутренние слуховые проходы не расширены. +

Хиазмальная область без особенностей, гипофиз в размерах не увеличен, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Хиазмальная цистерна не изменена. Воронка гипофиза не смещена. Базальные цистерны не расширены, не деформированы. +

Субарахноидальные конвекситальные пространства и борозды полушарий большого мозга и мозжечка не расширены. Боковые щели мозга симметричны, не расширены. +

Миндалины мозжечка расположены на уровне большого затылочного отверстия, не выступая за его пределы.

Электрокардиограмма

Ритм синусовый, правильный, частота желудочковых сокращений 80 в минуту.

Полугоризонтальная электрическая позиция сердца. Электрическая ось смещена влево.

RV6>RV5>RV4; Индекс Соколова-Лайона 36 мм

Суточное мониторирование АД

За время мониторирования (24:38) средние значения АД составили 122 и 71 мм рт. ст., средняя ЧСС-83 в минуту. Умеренная тенденция к тахикардии в дневные часы (средняя ЧСС днем - 86 в минуту). Степень снижения систолического (16%) и диастолического (16%) давления в ночные часы в пределах нормы (10-20%) – диппер. Индексы измерений за сутки: систолический - 15% (при дневном – 18%), диастолический - 4%. Суточный ИВ систолический - 12.47%, диастолический – 3,64% (в норме до 15%). Максимальные значения АД – 153 и 111 мм рт. ст.

Учитывая результаты обследования, больному можно поставить диагноз

- мальнутриции
- недержания мочи

- падений
- головокружения

Диагноз

Сенсоневральная тугоухость. Пресбиакузис. Гипертоническая болезнь 2 ст., 2 стадии, компенсирована. Синдром падений. Высокий риск падений. Эндопротез правого тазобедренного сустава (перелом проксимального отдела бедра 2 года назад)

Сенсоневральная тугоухость, обусловленная профессиональными воздействиями. Эндопротез правого тазобедренного сустава. Гипертоническая болезнь 2 ст

Гипертоническая болезнь 2 ст., АГ 2 степени. Эндопротез правого тазобедренного сустава. Синдром падений

Кондуктивная тугоухость. Гипертоническая болезнь 2 ст., АГ 2 степени. Эндопротез правого тазобедренного сустава. Синдром падений

Отличительным признаком пресбиакузиса является

- развитие сопутствующих когнитивных нарушений
- потеря слуха сначала на одно ухо, а потом на другое
- потеря восприимчивости речи на высоких частотах
- потеря возможности слышать низкочастотные звуки

Этому пациенту показано

- терапия сосудистыми препаратами
- пластика барабанной перепонки
- кохлеарная имплантация
- слухопротезирование

Данному пациенту для коррекции внутренних факторов риска падений показаны такие немедикаментозные методы, как

- ношение специальных ортезов-протекторов
- использование кресла-каталки
- миостимуляция мышц нижней половины туловища
- индивидуальная программа физических тренировок для укрепления мышц

Для повышения эффективности слухопротезирования необходимо

- обучение пациента и адаптация к аппарату
- использовать только миниатюрные внутри ушные аппараты
- использовать слуховой аппарат только для работы

- исключить использование аппарата в условиях шумовой загрязненности

Отказ пожилого человека от слухового аппарата в первые недели от начала использования вызван

- недостаточной степенью усиления звука аппаратом
- отсутствием адаптации мозга к усилению всех звуков (феномен «смятения слуха»)
- когнитивными нарушениями, развивающимися у больных со снижением слуха
- головными болями вследствие сдавления структур внутреннего уха

Данному пациенту для коррекции внешних факторов риска падений необходимо

- использование опорной трости или ходунков
- использование поддержки сопровождающего
- использование протекторов бедра
- обеспечение безопасности быта

При выполнении теста «Встань и иди» вставание со стула выполнено за 16 сек, что свидетельствует о

- слабости мышц бедра и ягодичных
- нормальном функционировании мышц нижних конечностей
- нарушении функционирования эндопротеза тазобедренного сустава
- артрозе тазобедренного сустава

При жалобах на шум в ушах, нередко сопровождающий пресбиакузис, необходимо назначить

- физиотерапию
- глицин
- церебролизин
- психотерапевтические мероприятия и антидепрессанты

Показанием к слухопротезированию является потеря слуха

- физиотерапию
- глицин
- церебролизин
- психотерапевтические мероприятия и антидепрессанты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 77 лет, на приеме у врача гериатра.

Жалобы

На появление тумана перед глазами, напряжение и боли в левом глазу, при взгляде на яркий свет появление «радужных кругов», частые головные боли.

Анамнез заболевания

Туман перед глазами, радужные круги и чувство напряжения в левом глазу появилось 5 месяцев назад. К врачу не обращалась. Затем постепенно стали появляться боли в левом глазу и головные боли. При измерении АД в домашних условиях 112/62 мм. рт. ст. Обратилась на консультацию к гериатру. При проведении мониторинга артериальной гипертензии уровень АД колебался в пределах 110/60-139/89 мм рт. ст. Пациентка носит очки для дали +1,25 D на оба глаза. Направлена к врачу-офтальмологу

Анамнез жизни

* Не курит, алкоголь не употребляет. Из-за боли в глазу и головных болей стала редко выходить из дома.

* Хронические заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2 ст., АГ 2, риск ССО 3. Дислипидемия. Старческая астения Сахарный диабет 2 типа, медикаментозно компенсированный. Диабетическая полинейропатия. Бронхиальная астма смешанная, тяжелое течение, обострение средней степени тяжести. ХОБЛ, дыхательная недостаточность 2 ст. Недержание мочи. Первичный генерализованный остеоартрит 2 ст, ФНС 2.

* Аллергических реакций не выявлено.

* Принимает лекарственную терапию: лизиноприл 10 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, аторвастатин 10 мг/сут. фенотерол 100 мкг/сут, метилпреднизолон 8 мг/сут, метформин 1000 мг/сут.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 157 см, масса тела 68 кг.

Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без патологических образований. Суставы нижних конечностей внешне не изменены, безболезненные при пальпации. Движения в полном объеме. Межфаланговые суставы кистей с узлами Бушара и Гебердена. Движения не в полном объеме. Пальпация паравертебральной области безболезненная. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, симметричный. В легких дыхание жесткое во всех отделах, единичные свистящие хрипы в прикорневой зоне, ЧДД 21 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 78 в 1 мин, АД 117/69 мм рт. ст. Молочные железы симметричны, визуально и пальпаторно патологических образований не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Печень по краю реберной дуги. Стул, диурез со слов в норме. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- физиотерапию
- глицин
- церебролизин
- психотерапевтические мероприятия и антидепрессанты

Результаты обследования

Внутриглазное давление (тонометрия)

Уровень внутриглазного давления OD =28 мм рт. ст, OS=29 мм рт. ст.

Норма истинного уровня ВГД составляет от 10 до 21 мм рт. ст.

Офтальмоскопия

Расширение и углубление физиологической экскавации (сосудистой воронки) диска зрительного нерва, соотношение площади экскавации ДЗН к площади самого ДЗН 0,7

Эластометрия

6,0 кПа (норма до 6,0 кПа)

Аудиометрия

14 дБ (в норме не превышает 15 дБ)

Денситометрия

МПК L1-L4 = -2,8 (норма выше -1)

Урография

Правая почка 44x58x107 мм, левая почка 53x50x127 мм. Контуры их четкие, ровные. Определяются единичные разнокалиберные кисты с локализацией: субкапсулярно в нижнем полюсе правой почки по латеральному краю до 15 мм; интрапаренхиматозные в средней трети левой почки до 4 мм. ЧЛС обеих почек не расширена, не деформирована. Паранефральная жировая клетчатка не изменена. Лимфатические узлы на визуализируемом уровне не увеличены.

Учитывая жалобы и результаты обследования, больному можно поставить диагноз

- физиотерапию
- глицин
- церебролизин
- психотерапевтические мероприятия и антидепрессанты

Диагноз

Глаукома левого глаза

Гипертонический криз

Неврит глазного нерва

Болезнь Рейно

Офтальмоскопия у пациентов с глаукомой необходима для оценки состояния

- роговицы
- конъюнктивы
- диска зрительного нерва
- остроты зрения

Для снижения прогрессирования глаукомы нужно провести коррекцию такого заболевания как

- остеоартрит
- бронхиальная астма
- недержание мочи
- сахарный диабет

К наиболее часто используемой группе фармакологических препаратов для снижения внутриглазного давления относятся

- петлевые диуретики
- блокаторы рецепторов ангиотензина
- органические нитраты
- неселективные β -адреноблокаторы

Лазерное лечение глаукомы показано при

- невозможности назначения медикаментозной терапии
- сопутствующем недержании мочи
- сопутствующем сахарном диабете
- сопутствующей бронхиальной астме

Преимуществом лазерного метода лечения глаукомы является

- содействие полному восстановлению зрения
- отсутствие необходимости анестезии
- возможность лечения в амбулаторных условиях
- отсутствие осложнений

Показанием к хирургическому лечению глаукомы является

- неэффективность медикаментозной терапии
- прием глюкокортикостероидов
- непролиферативная форма диабетической ретинопатии
- плохо контролируемая бронхиальная астма

Медикаментозная терапия глаукомы должна проводиться

- в течение 3 лет

- 2-3 месяца
- пожизненно
- в течение 1 года

Коррекция медикаментозной терапии проводится

- 1 раз в 1, 5 года
- 2-3 раза в год
- 1 раз в месяц
- 1 раз в год

Нежелательным побочным явлением при купировании острого приступа открытоугольной глаукомы может быть

- тромбоцитопения
- гипертонический криз
- ортостатический коллапс
- удлинение интервала QT

Обследование на глаукому группы риска проводят +____+ раз в +____+ год (-а)

- тромбоцитопения
- гипертонический криз
- ортостатический коллапс
- удлинение интервала QT

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 78 лет обратилась на консультацию к врачу гериатру.

Жалобы

На повышенную утомляемость, снижение силы в мышцах рук и ног, трудности при ходьбе на большие расстояния и привычной работе по дому. Падения на улице и дома.

Анамнез заболевания

Трудности при ходьбе, усталость стала замечать 1 год назад. Внимание не обращала, поскольку связывала свое состояние с наступлением старости. В последние несколько месяцев появилось снижение мышечной силы, которое проявляется в невозможности открыть бутылку с молоком, стирать мелкое белье руками. Падения происходили спонтанно, без видимой причины, без травм и переломов. За последний год было 3 случая падений. Стала с большим трудом подниматься на 3 этаж своего дома, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* На пенсии с 70 лет.

* Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., АГ 2, риск ССО 3. Хронический атрофический гастрит вне обострения. Хронический пиелонефрит вне обострения.

* Аллергических реакций не выявлено.

* Принимает лекарственную терапию: периндоприл 10 мг/сут ежедневно.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 45 кг. ИМТ 18,7 кг/м². Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, на коже груди и шеи множественные пигментные элементы разного диаметра до 10 мм. Суставы нижних конечностей внешне не изменены, безболезненные при пальпации. Движения в полном объеме. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, симметричный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 72 в 1 мин, АД 109/62 мм рт. ст. Молочные железы симметричны, визуально и пальпаторно патологических образований не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Печень по краю реберной дуги. Стул, диурез со слов в норме. Недержания мочи нет. Периферических отеков нет. Скрининг опросник «Возраст не помеха» - 4 балла.

К необходимым для постановки диагноза компонентам комплексной гериатрической оценки физического функционирования (мобильности) пациента относятся

- тромбоцитопения
- гипертонический криз
- ортостатический коллапс
- удлинение интервала QT

Результаты обследования

Краткий набор тестов физического функционирования (SPPB-тесты)

5 баллов

Тест «Встань и иди»

15 с

Мини-Ког тест

3 балла

Шкала Бартел

100 баллов

Шкала ВАШ

30 мм

Краткая шкала оценки питания

25 баллов

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования с учетом жалоб пациентки являются определение

- тромбоцитопения

- гипертонический криз
- ортостатический коллапс
- удлинение интервала QT

Результаты обследования

Уровень 25 (ОН)D в сыворотке крови

Концентрация 25(ОН)D - 12 нг/мл

Дефицит витамина D 25(ОН)D <20 нг/мл

Недостаточность 25(ОН)D от 20 до 30 нг/мл

Адекватные уровни - более 30 нг/мл

Скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕPI

СКФ 58 мл/мин/1,73 м² (норма более 90 мл/мин/1,73 м², для лиц старше 65 лет норма СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м²)

Уровень общего белка в сыворотке крови

60 г/л (норма 65-85 г/л)

Уровень витамина В 12 в сыворотке крови

335 пг/мл (норма 191 - 663 пг/мл)

Уровень витамина А в сыворотке крови

0,485 мкг/мл (норма 0,325-0,78 мкг/мл)

Уровень холестерина в сыворотке крови

4,2 ммоль/л (норма 3,3-5,5 ммоль/л)

Учитывая жалобы и результаты обследования, следует думать о наличии у пациентки

- старческой астении с нарушением двигательной функции
- синдрома хронической усталости
- прогрессирующей мышечной дистрофии
- фибромиалгии

Одним из клинических признаков старческой астении с нарушением двигательной функции является (-ются)

- боли в мышцах при движении
- недавние падения, страх падений
- частые подвывихи голеностопных суставов
- судороги икроножных мышц

Основные принципы рационального питания пациентов с синдромом старческой астении заключаются в

+ _____ + в сутки

- увеличении потребления кальция до 1000-1500 мг
- снижении потребления жиров до 67-85 г
- снижении потребления углеводов до 230-320 г
- увеличении потребления белка до 1,0-1,5 г/кг массы тела

Комплекс физических упражнений, направленных на предотвращение повторных падений включает

- упражнения на сопротивление
- анаэробные упражнения
- упражнения на растяжку
- упражнения на выносливость

При развитии дефицита витамина D назначается препарат колекальциферол в

- суммарной насыщающей дозе 400 000 МЕ
- дозе 100 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель
- суммарной насыщающей дозе 200 000 МЕ
- дозе 10 000 МЕ ежедневно в течение 8 недель

Коррекция артериальной гипертензии с учетом результатов АД на момент осмотра пациентки заключается в

- уменьшении дозы антигипертензивного препарата (периндоприла)
- замене периндоприла на дигидропиридиновые антагонисты кальция
- увеличении дозы антигипертензивного препарата
- уменьшении кратности применения периндоприла

Рекомендации по организации безопасной домашней обстановки с целью профилактики повторных падений включают

- укладку мягких подушек в местах частых падений
- установку сигнальных ламп на лестнице
- установку поручней, особенно в санузле
- использование ходунков и тростей

Показаниями для назначения нутриционной поддержки в виде жидких пероральных пищевых добавок у данной пациентки являются признаки

- тяжелых когнитивных нарушений
- обострения эрозивного гастрита
- гипотрофии
- избыточной массы тела

Клинические признаки дефицита витамина D характеризуются появлением

- варусной деформации коленных суставов
- судорог икроножных мышц
- мышечной слабости
- боли в суставах

Постоянная медикаментозная профилактика дефицита витамина D у данной пациентки является

- варусной деформации коленных суставов
- судорог икроножных мышц
- мышечной слабости
- боли в суставах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 75 лет на приеме у врача-гериатра.

Жалобы

На утомляемость, одышку, ограничивающую привычные физические нагрузки, отёки ног.

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят в течении нескольких месяцев. Ранее выявлялось повышение цифр АД при случайных измерениях до 180/100 мм. рт. ст. Ранее не обследовался. Самостоятельно АД не контролирует, терапию не получает. В связи с появлением и прогрессированием жалоб на одышку, отёки, снижением переносимости нагрузок, обратился за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает.

* Курил 10 сигарет в день в течении 30 лет, последние 20 лет не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Проживает с женой, жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Есть сын и внук, проживают отдельно.

* Профессиональных вредностей не имел, образование высшее, по профессии инженер, работал по специальности, на пенсии с 69 лет.

* Аллергоанамнез неотягощён.

* Наследственные заболевания отрицает.

Объективный статус

Рост-180 см, вес-88 кг. Сознание ясное. Кожные покровы нормальной окраски. Суставы не деформированы, безболезненны при пальпации. Плотные симметричные отеки стоп и нижних третей голеней.

Органы дыхания: грудная клетка цилиндрической формы, перкуторно над легкими легочной звук с коробочным оттенком, притупление в нижних отделах лёгких, при аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, влажные хрипы в нижних отделах легких. ЧД: 19.

Система кровообращения: Смещение верхушечного толчка влево. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный. АД: 112/60 мм рт. ст. на правой руке, 116/62 мм рт. ст. на левой руке. ЧСС: 92 уд. /мин.

Система пищеварения: Язык сухой, обложен беловатым налетом. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края

реберной дуги.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым в данной ситуации инструментальным методом исследования будет

- варусной деформации коленных суставов
- судорог икроножных мышц
- мышечной слабости
- боли в суставах

Результаты инструментального метода обследования

ЭХОКГ

Аортальный клапан: трёхстворчатый, кальциноз створок

PGmax на АК 32 мм рт. ст. Признаки недостаточности АК: 1 степени

Митральный клапан: Признаки недостаточности 1 степени.

Трикуспидальный клапан: Признаки недостаточности 2 степени.

Клапан лёгочной: Признаки недостаточности 1 степени.

Диаметр левого предсердия 47 мм

Толщина межжелудочковой перегородки 12 мм

Диаметр правого предсердия 45 мм

ИММЛЖ (индекс массы миокарда ЛЖ): 98 г/м² КДО: 230 мл

КДР: 6 см КСР 4,6 см;

Фракция выброса левого желудочка 42%.

Правый желудочек: переднезадний размер 44 мм.

Нарушений локальной сократимости не выявлено.

СДЛА 45 мм рт. ст.

Нижняя полая вена после глубокого вдоха коллабирует более, чем на 50%.

Перикард: без особенностей.

Спирография

Величины в % к должной:

ЖЕЛ - жизненная емкость легких 81% (в норме > 80%)

ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких 81% (в норме > 80%)

ОФВ1 - объем форсированного выдоха за 1 сек (л) 76% (в норме > 75%)

ОФВ1/ФЖЕЛ 76 % (в норме более 75%)

Ультразвуковое исследование артерий нижних конечностей

Стенки артерий нижних конечностей утолщены, уплотнены за счет гетерогенных атеросклеротических бляшек, стенозирующих просвет глубокой бедренной артерии слева до 15%, справа до 10%, без признаков гемодинамически значимого стенозирования с обеих сторон.

(Нормативные показатели: Атеросклеротические бляшки отсутствуют. Скорость и характер кровотока в норме.)

Вэллоэргометрия

Проведено исследование с начальной степенью нагрузки 30 Вт на 1 ступени, последующее увеличение нагрузки каждые 3 минуты на 30 Вт. Выполнена 1 неполная ступень. Мощность последней ступени 30 Вт. При выполнении пробы, на 3 минуте (1-ая ступень) появились жалобы на усталость в ногах, одышку.

Была достигнута субмаксимальная ЧСС, АД 190/90 мм рт. ст. в связи с чем дальнейшее увеличение нагрузки не проводилось. Депрессия сегмента ST не зарегистрирована. По окончании пробы (в восстановительном периоде) восстановление АД и ЧСС адекватное.

Заключение: тест отрицательный: изменения сегмента ST не зарегистрированы. Толерантность к физической нагрузке низкая.

(Нормативные показатели: тест отрицательный: изменения сегмента ST не зарегистрированы.)

Необходимым для установления диагноза ХСН лабораторным маркером будет определение

- варусной деформации коленных суставов
- судорог икроножных мышц
- мышечной слабости
- боли в суставах

Результаты обследования

Определение N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP)

1450 пг/мл (нормативные показатели <125 пг/мл для возраста до 75 лет; <450 пг/мл для возраста старше 75 лет)

Определение липидного профиля

Холестерин общий 5,6 (Нормативные показатели 3,0 - 5,7)

Триглицериды 1,70 (Нормативные показатели 0,60 - 1,70)

Хс-ЛПВП 1,33 (Нормативные показатели 0,90 - 1,54)

Хс-ЛПНП 3,5 (Нормативные показатели 0,0 - 3,2)

Определение глюкозы венозной крови

Глюкоза венозной крови 5,66 (Нормативные показатели 4,20 - 6,40)

Определение трансаминаз крови

АЛТ 16,3 (Нормативные показатели 5,0 - 40,0)

АСТ 18,1 (Нормативные показатели 5,0 - 40,0)

Основным диагнозом у данного пациента является

- варусной деформации коленных суставов
- судорог икроножных мышц
- мышечной слабости
- боли в суставах

Диагноз

ХСН 2Б стадия, ФК III NYHA

ИБС: стенокардия напряжения ФК 3

Хроническая обструктивная болезнь легких

Железодефицитная анемия

При проведении у пациента ЭХОКГ рассчитанная фракция выброса левого желудочка 42%, что по классификации соответствует

+ _____ + фракции выброса левого желудочка

- низкой
- очень низкой
- промежуточной
- сохраненной

Пациенту для снижения госпитализации и смертности из-за сердечной недостаточности будут показаны

- антагонисты кальция и нитраты
- сердечные гликозиды и нитраты
- дезагреганты и статины
- ингибиторы АПФ/АРА и бета-адреноблокаторы

Данному больному для улучшения симптомов сердечной недостаточности и повышения физической активности показано применение

- диуретиков
- ингибиторов кальциевых каналов
- антиагрегантов
- нитратов

Данному больному для оценки функционального статуса и эффективности лечения рекомендуется использовать

- велоэргометрию
- ЭХОКГ
- спирографию
- тест с 6-минутной ходьбой

Больному проведён тест с шестиминутной ходьбой, дистанция 6-минутной ходьбы составила 175 метров, что соответствует + _____ + функциональному классу ХСН

- II
- I
- III
- IV

Для выявления альтернативных заболеваний легких, нарушений легочной гемодинамики, кардиомегалии, пациенту показано выполнение

- спирографии

- прицельной рентгенографии органов грудной клетки
- ультразвукового исследования легких и плевральных полостей
- компьютерной томографии органов грудной клетки

В данной клинической ситуации повышает риск развития декомпенсации ХСН назначение

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы
- сердечных гликозидов
- аналогов глюкагоноподобного пептида-1

У данного больного при обследовании выявлен сахарный диабет 2 типа. В качестве препарата первой линии для гликемического контроля показан

- гликлазид
- дапаглифлозин/эмпаглифлозин
- метформин
- саксаглиптин

У данного больного при обследовании выявлен депрессивный эпизод, требующий медикаментозного лечения. Препаратами с доказанной безопасностью в данной ситуации будут являться

- гликлазид
- дапаглифлозин/эмпаглифлозин
- метформин
- саксаглиптин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М., 80 лет. Визит к врачу-гериатру в сопровождении дочери.

Жалобы

В течение последних 6-8 месяцев со слов дочери у пациентки снизился аппетит, ест медленно, жалуется на затруднение глотания, часто поперхивается, отказывается обедать с семьей, похудела, много лежит, не встает.

Анамнез заболевания

Симптомы в течение последних 6-8 месяцев, заметно похудела.

Анамнез жизни

* В анамнезе более 20 лет – Гипертоническая болезнь с максимальными цифрами АД до 170/100 мм рт. ст. АД дома при измерении чаще около 115/65 мм рт. ст.

* 7 лет назад оперирована по поводу желчно-каменной болезни (лапароскопическая операция).

* Аллергии нет.

- * Не курит.
- * Травм, падений не было.
- * 6 месяцев назад лечилась в стационаре по поводу пневмонии.
- * Получает терапию: эналаприл 10 мг 2 раза в день, амлодипин 5 мг 1 раз в день, бисопролол 5 мг 1 раз в день.
- * Образование высшее, работала до 57 лет инженером. Проживает с семьей дочери, отношения в семье хорошие.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 18 кг/м². Тургор кожи снижен. Адентия. Зубные протезы повреждены, жесткую пищу(мясо) не ест. Ротовая полость - слизистые покровы чистые, язв, новообразований нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 60 уд в мин, АД 130/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Опросник «Возраст не помеха» - 5 баллов (снижение веса, снижение зрения, ухудшение памяти, снижение настроения и трудности при перемещении).

Обязательное обследование для установления диагноза старческой астении и определения других гериатрических синдромов на данном этапе включает

- гликлазид
- дапаглифлозин/эмпаглифлозин
- метформин
- саксаглиптин

Результаты обследования

Комплексная гериатрическая оценка

Индекс Бартел 95/100 баллов (нуждается в посторонней помощи при приеме ванны).

Инструментальная функциональная активность 3/7 баллов.

Тест «Встань и иди» 20 секунд, скорость ходьбы 0,7 м/с.

Краткая батарея тестов физического функционирования - 6 баллов.

Краткая шкала оценки питания - 16 баллов.

Краткая шкала оценки психических функций 20/30 баллов.

Тест Рисования часов 6/10 баллов.

Гериатрическая шкала депрессии - 4/15 баллов.

Рентгенография легких

Оценка по шкале спутанности сознания

Делирия нет

Нейро-психологическое тестирование

Краткая шкала оценки психических функций 20/30 баллов. Тест Рисования часов 6/10 баллов. Гериатрическая шкала депрессии - 4/15 баллов

Неинвазивные методы диагностики дисфагии включают

- гликлазид

- дапаглифлозин/эмпаглифлозин
- метформин
- саксаглиптин

Результаты обследования

Хронометрический тест с проглатыванием воды

При проведении теста с проглатыванием воды 150 мл из стакана возник приступообразный кашель; тест был прекращен

Тест на глотание по объему и вязкости жидкости

Проверочный тест глотания – пудинг 15 мл – норма, вода 15 мл – приступ кашля, осиплый голос

Выполнение ультразвукового исследования брюшной полости

Признаков патологии органов брюшной полости не выявлено

Выполнение спирометрии

Объемные показатели (ЖЕЛ и ФЖЕЛ) в пределах нормы, бронхиальная обструкция легкой степени

Методом выявления нарушений двигательной функции верхнего пищеводного сфинктера при ротоглоточной дисфагии является

- гликлазид
- дапаглифлозин/эмпаглифлозин
- метформин
- саксаглиптин

Результаты обследования

Видеофлюороскопия

Выявлена пенетрация бариевого болюса в дыхательные пути выше голосовых связок

Непрямая ларингоскопия

Структура передней части гортани не изменена, признаки атрофии слизистых оболочек; голосовые связки подвижны, симметричны

Микроларингоскопия

Опухолевое поражение гортани не выявлено

Фиброгастроскопия

Слизистые пищевода розовые, сладки сохранены, остатков пищи нет, нижний пищеводный сфинктер закрыт; нижние пищеводные вены не визуализируются.

Необходимые лабораторные методы исследования при дисфагии включают определение

- гликлазид
- дапаглифлозин/эмпаглифлозин
- метформин
- саксаглиптин

Результаты лабораторного метода обследования

Определение уровня гемоглобина

110 г/л

Определение тиреотропного гормона

5,2 мкМЕ/мл (N 0,4-10 мкМЕ/мл)

Определение концентрации витамина 25(OH)D 3 в сыворотке

18 нг/мл (N 30-100 нг/мл)

Определение активности щелочной фосфатазы в сыворотке

44 ед/л (N 30-110 ед/л)

Результаты краткой батареи тестов физического функционирования подтверждают наличие у пациентки

- старческой астении
- сердечной недостаточности
- преастении
- детренированности

Результаты оценки базовой функциональной активности по шкале Бартел подтверждают

- наличие у пациентки тяжелой зависимости от посторонней помощи
- наличие у пациентки умеренной степени зависимости от посторонней помощи
- наличие у пациентки легкой степени зависимости от посторонней помощи
- отсутствие у пациентки зависимости от посторонней помощи

Степень зависимости пациента от посторонней помощи на основании оценки инструментально функциональной активности по шкале Лоутон соответствует + _____ + в инструментальной активности

- полной независимости
- полной зависимости
- умеренной зависимости
- легкой зависимости

По шкале краткой оценки питания у пациентки наблюдается

- риск мальнутриции
- отсутствие риска мальнутриции
- недостаточность питания (мальнутриции)
- нормальный статус питания

Методом лечения дисфагии в данном клиническом случае является

- фармакологическая терапия
- хирургическая миотония

- химиотерапия
- переобучение глотанию

Наиболее эффективным способом питания для снижения риска аспирации является

- питание через гастростому
- энтеральное зондовое питание
- естественное питание через рот с коррекцией позы и консистенции пищи
- парентеральное питание

Помимо применения гиперпротеиновой и гиперкалорийной диеты, на данном этапе рекомендуемые изменения диеты включает

- изменение режима питания – дробное питание, средние порции, изменение текстуры, избегать механически грубой пищи
- ограничение содержания поваренной соли, углеводов, животных жиров
- введение в ежедневный рацион балластных веществ
- модификацию пищевого комка, применение загустителей для жидкой пищи

В комплекс лечебных мероприятия необходимо включить

- изменение режима питания – дробное питание, средние порции, изменение текстуры, избегать механически грубой пищи
- ограничение содержания поваренной соли, углеводов, животных жиров
- введение в ежедневный рацион балластных веществ
- модификацию пищевого комка, применение загустителей для жидкой пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М., 81 год, был госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

При поступлении предъявлял жалобы на выраженное головокружение, эпизоды потери сознания, нарастающие отеки нижних конечностей, выраженную слабость, головные боли, преимущественно локализующиеся в затылочной области, тяжесть в голове.

Анамнез заболевания

Около 30 лет повышение артериального давления, максимальное повышение АД до 220/120 мм рт. ст., адаптирован к АД 130-140/80-90 мм. рт. ст. Около 15 лет страдает ИБС: стенокардией напряжения на уровне 2-3 ФК. Со слов больного, 14 лет назад был госпитализирован в кардиологическое отделение городской клинической больницы 15 г. Москва, где больному была проведена

диагностическая коронароангиография, при которой выявлено многососудистое поражение; пациенту было предложено проведение оперативного лечения, от которого он воздержался. Около 7 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. В течение этого же периода времени отмечает появление и прогрессирование явлений недостаточности кровообращения. Больной амбулаторно наблюдается у врача частного медицинского центра, регулярно принимает липримар 10 мг вечером, тромбоАсс 100 мг вечером, диувер 5 мг утром, диротон 10 мг вечером. Ранее принимал бисопролол 5 мг/сутки, однако прекратил 3 недели назад в связи с тем, что при самоконтроле АД зафиксировал низкий пульс до 46 уд/мин. Настоящее ухудшение в течение последних 10 дней, когда усугубились вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

- * Хронический гастродуоденит; распространенная дорсопатия позвоночника; цвб: дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст, смешанного генеза; катаракта левого глаза;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакции в виде крапивницы на пенициллин;
- * отец умер от инфаркта миокарда, мать от инсульта.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен, адекватен. В месте и времени ориентирован правильно. Рост 177 см. Вес 90 кг. Температура тела 36.5°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Отеки голеней и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 21 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. ЧСС 42 в мин.

Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 120/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень {plus} 3 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает снижение диуреза. Стул в норме.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- изменение режима питания – дробное питание, средние порции, изменение текстуры, избегать механически грубой пищи
- ограничение содержания поваренной соли, углеводов, животных жиров
- введение в ежедневный рацион балластных веществ
- модификацию пищевого комка, применение загустителей для жидкой пищи

Результаты инструментальных методов обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Суточное мониторирование ЭКГ

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Суточное мониторирование АД

|=====

^| Показатель | Результат | Норма

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. | 122 | <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. | 110 | <120

| Ночное снижение САД, % | 12 | 10–22

| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. | 70 | <80

| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. | *60* | <70

| Ночное снижение ДАД, % | *11* | 10–22

|=====

УЗИ органов брюшной полости

Заключение: гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

УЗИ щитовидной железы

Заключение: диффузные изменения щитовидной железы.

К лабораторным методам исследования, необходимым для выявления ХСН, относится определение в крови уровня

- изменение режима питания – дробное питание, средние порции, изменение текстуры, избегать механически грубой пищи
- ограничение содержания поваренной соли, углеводов, животных жиров
- введение в ежедневный рацион балластных веществ
- модификацию пищевого комка, применение загустителей для жидкой пищи

Результаты лабораторного метода обследования

Определение NT-proBNP

503 пг/мл (норма <125 пг/мл)

Определение трансаминаз

АСТ 45 МЕ/л (норма <40). АЛТ 50 МЕ/л (норма <30)

Определение общего холестерина и его фракций

Общий холестерин 5,9 ммоль/л (N<5,0)

ЛПВП 0,9 ммоль/л (N>1,0)

ЛПНП 3,6 ммоль/л (N<3,0)

Триглицериды 2,7 ммоль/л (N<1,7)

Определение С-реактивного белка

6 мг/л (норма <5 мг/л)

На ЭКГ больного выявлены

- синусовая брадикардия, АВ-блокада 3 степени, блокада левой ножки пучка Гиса
- синусовая брадикардия, АВ-блокада 2 степени Мобиц 1, блокада левой ножки пучка Гиса
- синусовая брадикардия, остановки синусового узла; переходящая СА блокада II степени; переходящая АВ блокада II степени 3:1
- синусовая брадикардия, АВ-блокада 1 степени, блокада правой ножки пучка Гиса

Нарушения проводимости в данном случае следует считать

- идиопатически обусловленным возрастным фактором
- следствием застоя по большому кругу кровообращения
- проявлением ишемической болезни сердца
- проявлением дилатационной кардиомиопатии

Факторами риска ИБС у пациента являются возраст, мужской пол, артериальная гипертензия и

- снижение сократимости миокарда
- нарушение проводимости
- избыточная масса тела
- цитолитический синдром

Для профилактики внезапной смерти пациенту необходима (-о)

- установка кардиовертера-дефибриллятора
- катетерная аблация каватрикуспидального истмуса
- назначение антиаритмиков III класса (амиодарон)
- имплантация кардиостимулятора

Клиническим проявлением пейсмекерного синдрома является

- артериальная гипертензия
- прогрессирование ХБП
- прогрессирование ХСН
- снижение уровня гемоглобина

Для профилактики тромботических осложнений пациенту показано назначение

- прямых оральных антикоагулянтов
- непрямых антикоагулянтов
- антиагрегантов

- фибринолитиков

В случае выявления у больного уровня ЛПНП 5,6 ммоль/л тактика дальнейшей гиполипидемической терапии должна заключаться в

- замене аторвастатина на эзетимиб
- комбинации аторвастатина с никотиновой кислотой
- продолжении приема аторвастатина в прежней дозе
- увеличении дозы аторвастатина (липримара)

Абсолютным показанием к приему ингибиторов АПФ у данного больного является

- стабильная стенокардия напряжения II ФК
- синусовая брадикардия
- пароксизмальная форма фибрилляции предсердий
- хроническая сердечная недостаточность

Брадисистолические нарушения ритма сердца служат противопоказанием для прием

- бисопролола
- тромбо АСС
- диротона
- диувера

К методам реваскуляризации миокарда относится

- бисопролола
- тромбо АСС
- диротона
- диувера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 67 лет, пенсионерка, обратилась на консультацию к врачу гериатру.

Жалобы

Жалуется на боль в дистальных и проксимальных межфаланговых суставов пальцев кистей, 1 запястно-пястного сустава справа, утреннюю скованность до 20 мин, плотные округлые образования в области проксимальных и дистальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев с обеих сторон. Боли в суставах провоцируются переохлаждением, ручным трудом; отмечает выраженный отек и покраснение кожи над ними.

Анамнез заболевания

Боли в суставах беспокоят в течение 11-х лет. Во время проживания за городом

и в холодное время года болевой синдром усугубляется, пациентка использует нимесулид 100-200 мг нерегулярно с положительным эффектом, в течение 1,5 лет принимала «хондропротекторы». 2 недели назад после работы на садовом участке появился отек дистального межфалангового сустава 2 пальца левой кисти, не купирующийся приемом нимесулида. Обратилась к районному хирургу, проведена рентгенография левой кисти, травма исключена. По данным рентгенографии обеих кистей в прямой проекции: умеренное сужение суставных щелей всех проксимальных и дистальных межфаланговых суставов обеих кистей, субхондральный остеосклероз, множественные краевые остеофиты

Анамнез жизни

- * Артериальная гипертензия 2 степени в течение 10 лет, принимает гипотензивную терапию, достигнуто целевое значение артериального давления - 140/85 мм рт. ст.;
- * естественная менопауза с 54 лет;
- * табакокурение в течение 35 лет по 10 сигарет в день;
- * аллергических реакций не было;
- * у матери - двусторонний гонартроз, у бабушки – эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу остеонекроза головки бедренной кости в пожилом возрасте.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Масса тела 68 кг, рост 164 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 74 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Печень по краю реберной дуги.

Суставы верхних конечностей в виде деформации II-IV дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, отек, гиперемия кожи в области дистального межфалангового сустава II пальца левой кисти, движения ограничены из-за боли. Суставы нижних конечностей внешне не изменены

Необходимыми для постановки диагноза клиническими проявлениями являются

- боль в суставе при движениях
- наличие гипотрофии мышц
- утренняя скованность
- ночной характер боли
- наличие реактивного синовита
- гипермобильность суставов

К целям проведения пациентке лабораторных методов обследования относятся

- дифференциальная диагностика
- определение показаний для эндопротезирования

- постановка диагноза
- мониторинг активности воспалительного процесса
- выявление возможных противопоказаний для назначения лекарственных средств
- определение прогноза заболевания

Необходимым методом обследования для постановки диагноза является

- оценка жалоб, анамнеза, физикального осмотра без рентгенографией кистей
- магнитно-резонансная томография
- рентгенография в сочетании с ультразвуковым исследованием суставов
- оценка жалоб, анамнеза, физикального осмотра в сочетании с рентгенографией кистей

Изменения в суставах кистей, выявленные при рентгенографии, соответствуют + ____ + стадии по классификации Келлгрена -Лоуренса

- IV
- III
- II
- I

В данной клинической ситуации, учитывая количество пораженных групп суставов, имеет место

- генерализованная форма
- вторичная форма
- локальная форма заболевания
- метаболический вариант

Заболевание опорно-двигательного аппарата у данной пациентки следует считать проявлением + _____ + остеоартроза

- вторичного метаболического
- первичного
- вторичного посттравматического
- вторичного эндемического

При остеоартрозе кистей для уменьшения боли, увеличения силы и подвижности в суставах показано (-а; -ы)

- ношение лонгеты
- ортезы жесткой фиксации
- фиксация 1-го запястно-пястного сустава, иммобилизация дистальных МФС в ночное время с помощью фиксаторов или ортезов
- тугое эластичное бинтование суставов

Для купирования болевого синдрома нестероидные противовоспалительные препараты используются (-ется)

- приоритетным выбором - селективный ингибитор ЦОГ-2
- в минимальных эффективных дозах и по возможности не длительно
- только трансдермальные формы
- предпочтительно парентеральный путь введения препарата

Методом оценки интенсивности болевого синдрома является

- визуальная аналоговая шкала (ВАШ)
- общая оценка заболевания врачом (ОЗВ)
- анкета оценки здоровья (HAQ)
- общая оценка заболевания пациентом (ОЗП)

Критерием эффективности проводимой терапии по результатам ВАШ считается снижение на + ____ + % и более от исходного уровня

- 70
- 45
- 20
- 50

Показанием к внутрисуставному введению глюкокортикостероидов является (-ются)

- интенсивный болевой синдром
- контрактуры сустава
- реактивный синовит
- нарушение функции сустава

Показанием для назначения препаратов замедленного симптом-модифицирующего действия является

- интенсивный болевой синдром
- контрактуры сустава
- реактивный синовит
- нарушение функции сустава

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 69 лет, вызвал бригаду скорой помощи.

Жалобы

На учащенное сердцебиение, сопровождающееся слабостью.

Анамнез заболевания

У пациента с 65 лет – стенокардия напряжения III ФК, артериальная гипертензия (максимальный уровень АД – 180/85 мм рт. ст., повышение АД сопровождается головной болью). Постоянно принимает: бисопролол, лозартан, розувастатин, аспирин. Сегодня около 6 утра после пробуждения отметил сердцебиение, сопровождающееся головокружением, слабостью. АД в этот момент – 90/60 мм рт. ст. Вызвана бригада скорой помощи. Пациент госпитализирован.

Анамнез жизни

В анамнезе сахарный диабет в течение длительного времени, постоянно принимает метформин в дозе 850 мг 2 раза в сутки.

Отец умер в возрасте 78 лет от инфаркта миокарда; мать умерла в возрасте 81 года от ОНМК.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Рост – 170 см. Вес -78 кг.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, проводится симметрично, хрипов нет, ЧД 16 в 1 минуту.

Тоны сердца приглушены, аритмичные, шумов нет, ЧСС 120 в 1 минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Пульс 110 в минуту.

Отеков нижних конечностей нет.

Для уточнения клинического диагноза необходимыми инструментальными исследованиями являются

- интенсивный болевой синдром
- контрактуры сустава
- реактивный синовит
- нарушение функции сустава

Результаты инструментальных исследований

Электрокардиография в 12 отведениях

Трансторакальная эхокардиография

Эхокардиографическое исследование:

Аорта уплотнена, диаметр 4,4 (<3,7) см. Аортальный клапан трехстворчатый, с признаками небольшого кальциноза фиброзного кольца. Амплитуда раскрытия створок 1,9 см, скорость кровотока 1,6 м/сек, регургитации нет. +

Левый желудочек: ТМЖП 1,5 (<1,1) см, ТЗС 1,4 (<1,1) см, ИММЛЖ 160 (<115) г/м². КДР 4,75 см, ФВ 62 %. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан не изменен, скорость кровотока 0,8 м/с, регургитация 1 степени. +

Левое предсердие: размер 4,4 см, объем 78 мл. Легочная артерия: диаметр 2,1

см, систолическое давление 26 мм рт. ст. Скорость кровотока на клапане легочной артерии 0,8 м/сек, регургитация 1 степени. +

Правый желудочек: размер 2,3 см. Трикуспидальный клапан не изменен, скорость кровотока — 0,6 м/сек, регургитация 1 степени. +

Правое предсердие: размер 3,8 см, объем — 45 мл. Нижняя полая вена: диаметр на выдохе 1,5 см, на вдохе 0,5 см. Полость перикарда не изменена.

Заключение: гипертрофия левого желудочка. Уплотнение стенок и дилатация аорты. Дилатация левого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях

Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Суточное мониторирование АД

В период исследования зарегистрированы следующие показатели АД:

* систолическое АД: в дневное время: 91 - 140 мм рт. ст.; среднее – 104 мм рт. ст.

в ночное время: 85 - 114 мм рт. ст.; среднее – 103 мм рт. ст.

* диастолическое АД: в дневное время: 41-77 мм рт. ст.; среднее – 57 мм рт. ст.

в ночное время: 39 - 62 мм рт. ст.; среднее – 55 мм рт. ст.

Максимальные цифры АД (140/77 мм рт. ст.) зарегистрированы в 11:40; минимальные (85/79 мм рт. ст.) – в 6:15.

Перфузионная сцинтиграфия миокарда

Отмечается достаточное накопление и равномерное распределение радиофармпрепарата в миокарде во время исследования в покое.

Эзофагогастродуоденоскопия

Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени. Поверхностный антральный гастрит.

Для уточнения клинического диагноза необходимым лабораторным исследованием является

- интенсивный болевой синдром
- контрактуры сустава
- реактивный синовит
- нарушение функции сустава

Результаты лабораторного исследования

Анализ крови на гормоны щитовидной железы и ТТГ

ТТГ – 2 мЕд/л (норма: 0,4 – 4,0 мЕд/л); Т4 свободный – 10 пмоль/л (норма: 9,00 – 19,05 пмоль/л).

Определение липидного профиля

Холестерин общий – 5,7 ммоль/л (0,00-5,30);

Триглицериды – 1,50 ммоль/л (0,00-1,70);

Холестерин ЛПВП – 0,89 ммоль/л (0,90-1,90);

Холестерин ЛПОНП – 0,83 ммоль/л (0,10-1,00);

Холестерин ЛПНП – 2,9 ммоль/л (0,00-3,30).

Общий анализ мочи

|=====

^| Наименование | Результат

| Прозрачность | Прозрачная
| Цвет | Соломенно-желтый
| Относительная плотность (удельный вес) | 1,018
| Реакция мочи | рН 5,7
| Белок | 0,03 ммоль/л
| Глюкоза | отсутствуют
| Кетоновые тела | отсутствуют
| Эритроциты | 0-1 в поле зрения
| Лейкоциты | 0-3 в поле зрения
| Эпителий | 3-5 в поле зрения
| Цилиндры | Отсутствуют
| Бактерии | Отсутствуют
| Кристаллы | Отсутствуют
| Слизь | Отсутствуют
| Оксалаты | Отсутствуют
|====

Определение уровня гликированного гемоглобина

Гликированный гемоглобин – 5,7 % (4,0-6,0)

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений используется шкала

- _DASH_
- _CHADS2_
- _CHA2DS2VASc_
- _HAS-BLED_

Ведущим клиническим диагнозом на основании жалоб, анамнеза и результатов проведенного обследования является

- впервые возникшее трепетание предсердий с высоким риском тромбоэмболических осложнений (_CHA2DS2VASc_ – 3 балла)
- неассоциированная форма трепетания предсердий с низким риском тромбоэмболических осложнений (_CHA2DS2VASc_ – 0 баллов)
- персистирующая форма фибрилляции предсердий с низким риском тромбоэмболических осложнений (_CHA2DS2VASc_ – 0 баллов)
- постоянная форма трепетания предсердий с низким риском тромбоэмболических осложнений (_CHA2DS2VASc_ – 1 балл)

Предпочтительной тактикой ведения пациента является

- урежение частоты желудочковых сокращений сердечными гликозидами
- ожидание спонтанного восстановления синусового ритма
- урежение частоты желудочковых сокращений блокаторами атриовентрикулярного узлового проведения
- восстановление и удержание синусового ритма

Предпочтительным методом восстановления синусового ритма является

- медикаментозная кардиоверсия
- медикаментозное лечение с целью контроля частоты сердечных сокращений
- электрическая кардиоверсия
- экстренное восстановление синусового ритма чреспищеводной стимуляцией предсердий

Антикоагулянтная терапия для предупреждения возможных тромбоэмболических осложнений перед восстановлением синусового ритма у данного пациента

- необходима непосредственно перед восстановлением синусового ритма
- необходима длительностью до 3-х недель
- не требуется
- необходима длительностью до 1-й недели

Продолжительность антикоагулянтной терапии перед проведением плановой электрической кардиоверсии составляет не менее + _____ + недель

- 3-х
- 4-х
- 5-ти
- 2-х

У данного пациента после проведения кардиоверсии антикоагулянтная терапия

- показана неопределенно долго
- показана 3 - 4 недели
- не показана
- показана 1- 2 недели

При часто рецидивирующих пароксизмах трепетания предсердий и неэффективности медикаментозной терапии следует направить больного на

- операцию «Лабиринт»
- катетерную аблацию легочных вен
- катетерную аблацию каватрикуспидального истмуса
- катетерную аблацию АВ-соединения и имплантацию кардиостимулятора

После проведения аблации рекомендовано ограничение физических нагрузок в течение

- 2 недель
- 6 месяцев

- 2 месяцев
- 1 месяца

Риск геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED составляет + _____ + балл (-а)

- 2 недель
- 6 месяцев
- 2 месяцев
- 1 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 76-ти лет обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

На боль и припухание во 2 и 3 дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, боль в поясничном отделе позвоночника при стоянии, разгибании, левом коленном и правой паховой области при ходьбе, попытке спуска по лестнице.

Анамнез заболевания

Боль в обоих коленных суставах «механического» типа беспокоят с 60 лет, использовала локальные средства терапии (согревающие мази, гели с нестероидными противовоспалительными средствами) с положительным эффектом, в последующем присоединились боли в суставах кистей, правом тазобедренном суставе. Имеется «стартовый» характер болей, утренняя скованность 20 мин. До 65 лет к врачам не обращалась. Последние 10 лет периодически принимает нестероидные противовоспалительные препараты с временным положительным эффектом.

Наличие травмы в анамнезе отрицает. Семейный анамнез по ревматической патологии не отягощен.

Анамнез жизни

* Ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хронический холецистит, варикозная болезнь нижних конечностей, не курит, алкоголем не злоупотребляет;

* профессиональных вредностей не имела;

* аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 158 см, масса тела 66 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней, варикозное расширение вен нижних конечностей, трофические нарушения кожи в области голеней.

Дыхание везикулярное, при аускультации в нижних отделах незвонкие хрипы.

ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 в 1 мин, АД 150/80 мм рт. ст. Шумы нет. Живот мягкий, безболезненный.

Печень и селезенка не увеличены. Запор (прием слабительного средства 1 раз в

2 дня). Мочеиспускание безболезненное, не учащено. Тазовые функции контролирует.

Суставы внешне деформированы в области дистальной фаланги 2 пальца левой кисти, девиация дистальной фаланги, при пальпации – болезненность в области уплотнений в проекции 2,3 ДМФС слева и 3 ДМФС справа. Движения в указанных суставах ограничены из-за боли. Деформация обоих коленных суставов за счет пролиферативных изменений. Разгибание и сгибание ограничены из-за боли, больше слева, отмечается крепитация при движениях. Варусная деформация левой голени. Боль и ограничение движений при попытке отведения бедра справа. Поясничный лордоз сглажен. Болезненность при пальпации в паравертебральных точках в поясничном отделе позвоночника. Сгибание и разгибание ограничены из-за боли.

Необходимыми для постановки диагноза клиническими проявлениями являются

- «стартовые» боли
- усиление боли при ходьбе
- положительный эффект от приема нестероидных противовоспалительных средств
- вовлечение суставов кистей
- утренняя скованность продолжительностью менее 30 мин
- варусная деформация голени

К физикальным проявлениям заболевания у данной пациентки относятся

- крепитация
- гипертермия кожи над суставом
- костные разрастания
- увеличение объема движений в суставе
- увеличение объёма сустава
- ограничение движений

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- крепитация
- гипертермия кожи над суставом
- костные разрастания
- увеличение объема движений в суставе
- увеличение объёма сустава
- ограничение движений

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография суставов в прямой и боковой проекциях

{nbsp}

Ультразвуковое исследование суставов

Неравномерное истончение хряща до 1,0-1,4 мм, повышение его эхогенности, очаговое утолщение синовиальной оболочки до 1 мм, единичные остеофиты.

Магнитно-резонансная томография

Истончение суставного хряща, участки субхондрального склероза, утолщение и разрастание синовиальной оболочки

Компьютерная томография

Истончение суставного хряща, участки субхондрального склероза, утолщение и разрастание синовиальной оболочки

В данной клинической ситуации, учитывая количество пораженных групп суставов, имеет место

- генерализованный остеоартрит
- локальная форма
- посттравматический остеоартроз
- первичная форма

Поражение опорно-двигательного аппарата у данной пациентки следует считать проявлением + _____ + остеоартроза

- вторичного эндемического
- вторичного посттравматического
- первичного
- вторичного метаболического

Целью проведения пациентке лабораторных методов обследования является

- выявления возможных противопоказаний для назначения лекарственных средств
- определение показаний для эндопротезирования
- постановка диагноза
- определение прогноза заболевания

Показанием к госпитализации пациентки в ревматологический стационар является

- наличие сопутствующих заболеваний
- желание пациента
- синовит или рецидивирующий синовит
- полиартикулярный характер поражения

Для купирования болевого синдрома нестероидные противовоспалительные препараты используются (-ются)

- только трансдермальные формы
- приоритетным выбором - селективный ингибитор ЦОГ-2
- в минимальных эффективных дозах и по возможности не длительно
- предпочтительно парентеральный путь введения препарата

Методом оценки интенсивности болевого синдрома является

- визуальная аналоговая шкала (ВАШ)
- анкета оценки здоровья (HAQ)
- общая оценка заболевания врачом (ОЗВ)
- общая оценка заболевания пациентом (ОЗП)

Критерием эффективности проводимой терапии по результатам ВАШ считается снижение на + _____ + % и более от исходного уровня

- 50
- 20
- 45
- 70

Показанием для назначения препаратов замедленного симптом-модифицирующего действия является

- установление диагноза первичного ОА
- неэффективность внутрисуставного введения глюкокортикостероидов
- неэффективность НПВС
- альтернатива внутрисуставному введению гиалуроновой кислоты

К ортопедическим средствам, применяющимся для снижения нагрузки на суставы, относится (-ятся)

- установление диагноза первичного ОА
- неэффективность внутрисуставного введения глюкокортикостероидов
- неэффективность НПВС
- альтернатива внутрисуставному введению гиалуроновой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 74 лет, обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

На боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, коленных суставах, а также в области правой ключицы, болевой синдром усиливается при нагрузке, интенсивная боль в коленных суставах в ночное время, утренняя скованность около 15 минут

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъеме и спуске по лестнице из-за боли в суставах.

Анамнез жизни

- * Около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт. ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций нет;
- * наличие травмы в анамнезе отрицает. Семейный анамнез по ревматической патологии не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Масса тела 96 кг, рост 162 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 в мин. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Суставы деформированы в области II-V дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Деформация коленных суставов за счет периартикулярного отека, при сгибании коленных суставов - интраартикулярный хруст, объем движений не изменен, пальпация и движения умеренно болезненны. Припухлость и деформация грудино-ключичного сочленения справа, пальпация его безболезненна. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. При рентгенографии коленных суставов в прямой проекции отмечается умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты.

Необходимыми для постановки диагноза клиническими проявлениями являются

- усиление боли при ходьбе
- варусная деформация голеней
- положительный эффект от приема нестероидных противовоспалительных средств
- ночной характер боли
- утренняя скованность продолжительностью менее 30 мин
- вовлечение суставов кистей

Целями проведения пациентке лабораторных методов обследования являются

- мониторинг активного воспалительного процесса
- определение показаний для эндопротезирования
- определение прогноза заболевания
- дифференциальная диагностика
- постановка диагноза

- выявление возможных противопоказаний для назначения лекарственных средств

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- ультразвуковое исследование суставов
- магнитно-резонансная томография
- рентгенография суставов в прямой и боковой проекциях
- компьютерная томография

Изменения в суставах кистей, выявленные при рентгенографии, соответствуют + _____ + стадии по классификации Келлгрена-Лоуренса

- II
- IV
- I
- III

В данной клинической ситуации, учитывая количество пораженных групп суставов, имеет место

- генерализованная форма остеоартрита
- локальная форма
- сенильный остеоартроз
- метаболический остеоартроз

Заболевание опорно-двигательного аппарата у данной пациентки следует считать проявлением + _____ + остеоартроза

- вторичного посттравматического
- вторичного метаболического
- первичного
- вторичного эндемического

Показанием для назначения магнитно-резонансной томографии (МРТ) коленного сустава в данной клинической ситуации является

- исключение асептического некроза мыщелка бедренной и большеберцовой костей, учитывая интенсивный ночной характер боли в суставе
- диагностика повреждения менисков, сухожилий, связок
- верификация разрыва кисты Бейкера
- диагностика синовита

Для купирования болевого синдрома нестероидные противовоспалительные препараты используются (-ется)

- предпочтительно парентеральный путь введения препарата
- в минимальных эффективных дозах и по возможности не длительно
- только трансдермальные формы
- приоритетным выбором - селективный ингибитор ЦОГ-2

Показанием к эндопротезированию коленного сустава является

- наличие серьезного нарушения функций сустава
- наличие III-IV рентгенологической стадии остеоартроза
- выраженный болевой синдром, не поддающийся консервативному лечению
- наличие IV рентгенологической стадии остеоартроза

Показанием к внутрисуставному введению глюкокортикостероидов является

- нарушение функции сустава
- контрактура сустава
- интенсивный болевой синдром
- реактивный синовит

Показанием для назначения препаратов замедленного симптом-модифицирующего действия является

- неэффективность НПВС
- альтернатива внутрисуставному введению гиалуроновой кислоты
- неэффективность внутрисуставного введения глюкокортикостероидов
- установление диагноза первичного ОА

Методом оценки интенсивности болевого синдрома является

- неэффективность НПВС
- альтернатива внутрисуставному введению гиалуроновой кислоты
- неэффективность внутрисуставного введения глюкокортикостероидов
- установление диагноза первичного ОА

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Б., 72-х лет на приеме у терапевта в ЛДЦ ЦКБ РАН.

Жалобы

Предъявляет жалобы на приступообразные загрудинные боли сжимающего, давящего характера без иррадиации, появляющиеся при физической нагрузке (подъеме выше, чем на один этаж), ходьбе в холодную погоду против ветра, длящиеся около 15-20 мин, проходящие после приема 2 т нитроглицерина сублингвально, иногда боли иррадируют в левую руку.

Анамнез заболевания

Со слов больного, около 3-х лет вышеуказанные жалобы в загрудинной области. Повышение АД, ИМ, нарушения ритма, ОНМК отрицает. Нерегулярный прием кардикета. Адекватного обследования не проходил. Обратился в ЛДЦ ЦКБ РАН для плановой консультации терапевта.

Анамнез жизни

- * Детские инфекции, ОРВИ. В 33 года аппендэктомия.
- * Курил с 20 лет до 50 лет до 1 пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имел.
- * Аллергических реакции не отмечал.
- * Вырос в детском доме, наследственность со стороны матери и отца не знает.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительно. В сознании, контактен, адекватен. В месте и времени ориентирован правильно. Рост 179 см. Вес 92 кг. Температура тела 36.2°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 86 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 130/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул в норме.

Необходимыми в данной клинической ситуации инструментальными методами исследования являются

- неэффективность НПВС
- альтернатива внутрисуставному введению гиалуроновой кислоты
- неэффективность внутрисуставного введения глюкокортикостероидов
- установление диагноза первичного ОА

Результаты инструментальных методов обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях в покое

Суточное мониторирование ЭКГ

Основной ритм синусовый, средняя ЧСС 84, максимальная 110, мин 57 уд/мин (по дневнику сон). Пауз нет. Желудочковая эктопическая активность мономорфная, зарегистрировано 57 единичных ЖЭС. Наджелудочковая эктопическая активность: зарегистрировано 1007 единичных НЖЭС. Зарегистрировано 10 эпизода депрессии сегмента ST более 1 мм по 2 и 3 каналам, максимальный длительностью 7 мин в 17.45 (по дневнику пациент ощущал дискомфорт в загрудинной области, принял 2 т нитроглицерина).

Трансторакальная эхокардиография покое

{nbsp}

Уплотнение восходящего отдела аорты, створок АК и МК. Полости сердца не расширены. Гипертрофии не выявлено ФВ по Симпсону 64 %.

УЗИ предстательной железы трансректальное

Заключение: гиперплазия предстательной железы.

УЗИ щитовидной железы

Заключение: диффузные изменения щитовидной железы.

Суточное мониторирование АД

Среднесуточное АД 128/78 мм рт.ст., среднедневное 132/82 мм рт.ст, средненочное 114/65 мм рт.ст. Степень ночного снижения систолического АД 10%, диастолического 13%.

Необходимым в данной клинической ситуации лабораторным исследованием является исследование

- неэффективность НПВС
- альтернатива внутрисуставному введению гиалуроновой кислоты
- неэффективность внутрисуставного введения глюкокортикостероидов
- установление диагноза первичного ОА

Результаты лабораторного обследования

Исследование липидного профиля крови

Общий холестерин 7,2 ммоль/л (N<5,0)

ЛПВП 0,8 ммоль/л (N>1,0)

ЛПНП 3,2 ммоль/л (N<3,0)

Триглицериды 1,3 ммоль/л (N<1,7)

Исследование концентрации трансаминаз

АСТ 27 МЕ/л (норма <40)

АЛТ 22МЕ/л (норма <30)

Исследование концентрации ПСА общего

ПСА общий 2.2 нг/мл (норма 0-4,0 нг/мл).

Исследование уровня общего белка

72 г/л (Референсные значения 64 – 83 г/л)

Основным методом визуализации коронарных артерий является

- коронарная ангиография
- оптическая когерентная томография коронарных артерий
- стресс-эхокардиография
- КТ коронарография

Подобный характер болей в грудной области характерен для

- вазоспастической стенокардии
- расслаивающейся аневризмы аорты
- стенокардии 3 ФК
- нестабильной прогрессирующей стенокардии

Факторами риска ИБС у пациента являются возраст, мужской пол, а также

- артериальная гипертензия, нарушения проводимости
- артериальная гипертензия, дислипидемия
- артериальная гипертензия, снижение сократимости миокарда
- избыточная масса тела, дислипидемия

Основным механизмом заболевания является

- тромбоз коронарных артерий
- повышение постнагрузки
- повышение преднагрузки
- атеросклероз коронарных артерий

Диетические мероприятия у данного пациента должны быть направлены на

- увеличение потребления легкоусвояемых углеводов
- уменьшение дислипидемии
- уменьшение употребления белка
- увеличение потребления животных жиров

Терапия антиагрегантами данному пациенту

- возможна, но не желательна
- противопоказана
- возможна, но не обязательна
- показана

Постоянная гиполипидемическая терапия у данного пациента

- обязательна
- противопоказана
- возможна, но не обязательна
- возможна, но не желательна

Терапия В-адреноблокаторами данному пациенту

- противопоказана
- возможна, но не желательна
- возможна, но не обязательна
- показана

Пролонгированные нитраты при стабильной стенокардии используются для

- для улучшения прогноза
- для устранения болевого приступа

- не используются
- улучшения качества жизни

К методам реваскуляризации миокарда относится

- для улучшения прогноза
- для устранения болевого приступа
- не используются
- улучшения качества жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А., 80 лет, госпитализирован в плановом порядке в ГКБ 13 г. Москвы для обследования и лечения.

Жалобы

Жалобы при поступлении: одышка при минимальной физической нагрузке, увеличение живота в объеме, отеки голеней и стоп, выраженные головокружения, нарастающую слабость.

Анамнез заболевания

ИБС: стенокардия 2-3 ФК на протяжении 12 лет; 8 лет назад перенес острый инфаркт миокарда; около 5.5 лет назад диагностирована постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолический вариант. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Настоящее ухудшение в течение последних трех недель, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. Обратился в поликлинику по месту жительства, по направлению участкового терапевта госпитализирован.

Анамнез жизни

- * Нарушение толерантности к глюкозе; распространенная дорсопатия позвоночника; цвб: дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст., смешанного генеза; катаракта левого глаза, глаукома правого глаза ?
- * Не курит; по праздникам выпивает рюмку водки.
- * Профессиональных вредностей не имел.
- * Аллергических реакции в виде крапивницы на витамины группы В.
- * Отец умер от инфаркта миокарда, мать от инсульта.

Объективный статус

Объективно: состояние тяжелое. Рост 175 см. Вес 89 кг. Температура тела 36.4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 22 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, там же выслушиваются влажные не звонкие мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. ЧСС 80 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм неправильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 130/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень {plus} 2 см из-под края

реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При перкуссии живота: притупление в отлогих местах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает снижение диуреза. Стул в норме.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- для улучшения прогноза
- для устранения болевого приступа
- не используются
- улучшения качества жизни

Результаты инструментальных методов обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Суточное мониторирование ЭКГ

ЧСС минимальная 48 ударов в минуту, средняя 75 в минуту, максимальная 109 в минуту.

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Расширение полости левого предсердия. Дилатация левого желудочка.

Глобальная сократительная функция снижена. ФВ 47%. Жидкости в полости перикарда не выявлено.

Суточное мониторирование АД

|=====

^| Показатель | Результат | Норма

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. | 122 | <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. | 110 | <120

| Ночное снижение САД, % | 12 | 10–22

| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. | 70 | <80

| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. | *60* | <70

| Ночное снижение ДАД, % | *11* | 10–22

|=====

УЗИ органов брюшной полости

Заключение: гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

УЗИ щитовидной железы

Заключение: диффузные изменения щитовидной железы.

К лабораторным методам исследования, необходимым для выявления ХСН, относится определение в крови уровня

- для улучшения прогноза
- для устранения болевого приступа
- не используются
- улучшения качества жизни

Результаты лабораторного метода обследования

Определение в крови уровня NT-proBNP

503 пг/мл (норма <125 пг/мл)

Определение в крови уровня трансаминаз

АСТ 45 МЕ/л (норма <40)

АЛТ 50 МЕ/л (норма <30)

Определение в крови уровня общего холестерина и его фракций

Общий холестерин 5,9 ммоль/л (N<5,0)

ЛПВП 0,9 ммоль/л (N>1,0)

ЛПНП 3,6 ммоль/л (N<3,0)

Триглицериды 2,7 ммоль/л (N<1,7)

Определение в крови уровня С-реактивного белка

6 мг/л (норма <5 мг/л)

На электрокардиограмме (ЭКГ) выявлена такая аритмия, как

- постоянная форма фибрилляции предсердий
- неустойчивая пароксизмальная желудочковая тахикардия
- пароксизмальная предсердная тахикардия
- суправентрикулярная экстрасистолия

Нарушения проводимости в в данном случае следует считать

- следствием застоя по большому кругу кровообращения
- проявлением дилатационной кардиомиопатии
- проявлением ишемической болезни сердца
- идиопатическими обусловленными возрастным фактором

Основным состоянием определяющим тяжесть состояния больного является

- цитолитический синдром
- тромбоэмболия легочной артерии
- хроническая сердечная недостаточность
- дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст

У больного имеется ХСН с (со) + _____ + ФВ, + _____ + стадии, + _____ + ФК

- сохраненной; II А; II
- сниженной; II Б; II
- сниженной; III; IV
- промежуточной; II Б; IV

Терапия антиагрегантами данному пациенту

- противопоказана

- возможна, но не обязательна
- показана
- возможна, но не желательна

Постоянная гиполипидемическая терапия у данного пациента

- возможна, но не желательна
- противопоказана
- возможна, но не обязательна
- обязательна

Постоянная терапия ингибиторами АПФ у данного пациента

- обязательна
- возможна, но не желательна
- противопоказана
- возможна, но не обязательна

Терапия диуретиками у данного пациента

- возможна, но не желательна
- возможна, но не обязательна
- противопоказана
- показана

Постоянная терапия селективными бета-адреноблокаторами у данного пациента

- показана
- возможна, но не обязательна
- противопоказана
- возможна, но не желательна

Терапия недигидропиридиновыми антагонистами кальция у данного пациента

- показана
- возможна, но не обязательна
- противопоказана
- возможна, но не желательна

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

На шаткость при ходьбе, тяжесть в ногах, шарканье, снижение памяти, учащенное мочеиспускание, эпизоды недержания мочи.

Анамнез заболевания

Около 8 месяцев стал замечать нарушения походки. Жена стала говорить, что он «шаркает» ногами. Около месяца назад обратил внимание на частые мочеиспускание, редкие эпизоды недержания мочи. Также жена отметила, что пациент стал часто забывать куда и зачем шел. В связи с тем, что к нарушениям походки присоединились частые мочеиспускания и снижение памяти пациент обратился к врачу-гериатру.

Анамнез жизни

* Страдает гипертонической болезнью в течение 3 лет с максимальным АД 160/90 мм рт. ст., ежедневные цифры АД 130/80 мм рт. ст., постоянно принимает лозартан 50 мг 1 раз в день утром;

* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

* профессиональных вредностей не имеет, работает инженером;

* аллергических реакций не было;

* отец 85 лет страдает гипертонической болезнью, мать умерла 2 года назад от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Рост 178 см, вес 84 кг. ИМТ 27,76 кг/м².

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС 72 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус:

Несколько рассеяно внимание, снижена критика к своему состоянию, замедлены ассоциативные процессы. Глазные щели D > S, зрачки D = S. Фотореакции сохранены. Нистагма нет. Язык по средней линии. Глотание, фонация, речь не нарушены. Опущен левый угол рта. Сухожильные рефлексы с рук высокие: D > S, коленные — высокие: D > S, ахилловы — с поликинетичным ответом.

Брюшные рефлексы: верхние живые, средние и нижние снижены.

Убедительных расстройств болевой чувствительности не показывает, вибрационная чувствительность до 12 с в ногах. МСЧ не нарушено. В позе Ромберга шаткость, интенция, дисметрия при выполнении ПНП с двух сторон. При ходьбе легкая атаксия. Походка апраксическая (некоторое сгибание верхней части туловища вперед, сочетаемое со сгибанием рук и коленей, автоматическое размахивание верхними конечностями незначительно снижено, ноги несколько расставлены). Симптом Штрюмпеля, Бабинского с двух сторон. Менингеальных знаков нет. Тонус в конечностях несколько снижен, парезов нет.

Результаты комплексной гериатрической оценки:

Шкала «Возраст не помеха» 2/7 баллов (снижение памяти, недержание мочи) +

Функциональная активность: Индекс Бартел 90/100 баллов / Шкала Лоутон 8/8 баллов

Мобильность: +

Способность поддерживать равновесие: +

В положении стопы вместе - более 10 сек +

В полутандемном положении: - 10 сек +

В тандемном положении: 3 сек +

Скорость ходьбы: 0,7 м/с +

Тест «встань и иди» 12,4 сек +

SPPB 10 баллов

Когнитивные функции: +

Мини-Ког 4/5 балла (тест рисования часов 2/2 баллов, вспомнил 2/3 слов) +

Тест рисования часов: 8/10 баллов +

Шкала MMSE 27/30 баллов +

Признаков делирия по шкале CAM нет.

Гериатрическая шкала депрессии: 2 балла

Статус питания: MNA 14 (скрининг)

Риск развития пролежней: низкий

Риск падений: низкий

Заключение: Легкая зависимость от посторонней помощи. Нарушения баланса и равновесия. Умеренные когнитивные нарушения. Снижение мобильности.

Необходимым в данной ситуации инструментальным методом исследования является

- показана
- возможна, но не обязательна
- противопоказана
- возможна, но не желательна

Результаты инструментального метода обследования

МРТ головного мозга

Выраженное расширение желудочков мозга и ликворных пространств, наружных субарахноидальных пространств, зоны лейкоареоза вокруг желудочков головного мозга. Увеличение индекса Эванса до 0,7.

Рентгенография костей черепа

УЗИ почек, мочевого пузыря и предстательной железы

УЗИ-признаков патологии почек нет. Расположение справа и слева обычное. Размеры справа 11,7x5,2 см, слева 11,4x4,67 см. Контуры ровные с обеих сторон. Эхогенность средняя с обеих сторон. Толщина паренхимы в средней трети 16 и 15 мм. Чашечно-лоханочная система не расширена с обеих сторон.

Конкрементов, патологических образований нет.

Мочевой пузырь не деформирован, симметричный, объем наполненного

мочевого пузыря 110 см³. Полость мочевого пузыря: анэхогенная. Стенка мочевого пузыря равномерная, не утолщена, 4 мм до микции. Остаточная моча 15 см³.

Предстательная железа: Объем 38 мл, увеличена за счет гиперплазии транзиторных зон. Дифференцировка паренхимы сохранена, эхоструктура диффузно неоднородная с кальцинатами парауретрально.

Электроэнцефалография

Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга.

Очаговых изменений нет. Функциональный уровень коры не снижен.

В поясничный протокол (tap-test) входят

- показана
- возможна, но не обязательна
- противопоказана
- возможна, но не желательна

Результаты обследования

Проведение ликвородинамических проб

Исходное давление ликвора 120 мм водного столба, эвакуировано 40 мл ликвора. Состав ликвора нормальный.

Оценка когнитивных функций до и после ликвородинамической пробы

MMSE до пункции - 27 баллов

MMSE после пункции - 29 баллов

Скорость ходьбы до пункции 0,7 м/с

Скорость ходьбы после пункции 1,0 м/с

Инфузионно-нагрузочный тест

Сопротивление оттоку ликвора.

Наружное люмбальное дренирование ликвора (10 мл/час в течение 72 часов)

MMSE до дренирования - 27 баллов

MMSE после дренирования - 30 баллов

Скорость ходьбы до дренирования - 0,7 м/с

Скорость ходьбы после дренирования - 1,0 м/с

КТ поясничного отдела позвоночника

Электронейромиография нижних конечностей

По данным ЭНМГ нижних конечностей признаки поражения корешков справа и слева L1-L5, аксональный тип поражения.

Учитывая результаты инструментальных исследований и tap-test, больному можно поставить диагноз

- показана
- возможна, но не обязательна
- противопоказана

- возможна, но не желательна

Диагноз

Нормотензивная гидроцефалия

Болезнь Альцгеймера

Сосудистая деменция

Спиноцеребеллярная дегенерация

Методом выбора для лечения в данной ситуации является

- фармакотерапия препаратами леводопы
- обучение здоровой ходьбе
- оперативное восстановление ликвородинамики
- фармакотерапия диуретиками

Абсолютным показанием к оперативному лечению пациента с наличием триады Хакима-Адамса является

- наличие недержания мочи
- наличие нарушений походки
- положительный результат тап-теста
- выявление когнитивных расстройств по результатам когнитивных тестов

Основным(-и) методом(-ами) оперативного вмешательства у пациентов с данной патологией является (являются)

- ликворшунтирующие операции
- тривентрикулоцистерностомия
- эндоскопические операции, направленные на создание альтернативного пути оттока ликвора
- наружное вентрикулярное дренирование

Оперативное лечение при верификации окклюзии ликворопроводящих путей следует начинать с

- наружного вентрикулярного дренирования
- ликворшунтирующих операций
- эндоскопической тривентрикулоцистерностомии
- пролонгированного люмбального наружного дренирования

При выполнении ликворшунтирующей операции предпочтительно использование шунта с

- клапаном постоянного низкого давления

- клапаном постоянного высокого давления
- клапаном постоянного среднего давления
- программируемым клапаном

Осмотр нейрохирургом в послеоперационном периоде проводится

- через 3, 6, 12 месяцев после операции и далее ежегодно
- через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев после операции
- ежемесячно в течение полугода, далее 1 раз в 6 месяцев
- через 6, 12 месяцев после операции и далее ежегодно

Какое инструментальное исследование входит в стандарт послеоперационного контроля

- МРТ головного мозга через 3, 6, 12 месяцев
- МРТ области установленного шунта через полгода
- МРТ шейного и грудного отделов позвоночника
- КТ головного мозга через 3, 6, 12 месяцев

При наличии противопоказаний к оперативному лечению консервативное лечение пациента осуществляет

- физиотерапевт
- нейрохирург
- врач ЛФК
- невролог

При рецидиве клинической симптоматики после проведенной операции показано выполнение

- физиотерапевт
- нейрохирург
- врач ЛФК
- невролог

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет направлен на консультацию к гериатру врачом общей практики.

Жалобы

На повышенную забывчивость, неустойчивость и пошатывание при ходьбе, общую слабость, быструю утомляемость при физической и умственной работе. Со слов родственников, изменился характер пациента, стал раздражительным, иногда агрессивным, меньше интересуется домашними делами, общением с внуками и домашними животными.

Анамнез заболевания

Со слов родственников, пациент несколько изменился за последние 1-2 года, стал несколько пассивным, безучастным, большую часть времени проводит за телевизором, но не всегда может правильно пересказать содержание просмотренных телепередач. Для выполнения работы по дому или похода в магазин нужны дополнительные настойчивые просьбы, однако, может выполнять предложенную работу по дому, ходит в магазин за небольшим количеством покупок. На пенсии, ранее работал слесарем-сантехником. Но в последнее время стал испытывать затруднения при необходимости сложного бытового ремонта, более простую работу по-прежнему выполняет.

Анамнез жизни

Травм, операций, инфекционных заболеваний не было. В течение не менее 10 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой регулярной гипотензивной терапии не получает. Эпизодически при головной боли принимает 5 мг эналаприла. «Рабочим» считает давление 150-160/80-90 мм рт. ст., эпизодически отмечается повышение до 180-190/100-110 мм рт. ст. Длительное время злоупотреблял алкоголем: приблизительно с 30 летнего возраста принимал 100-150 мл водки 2-3 раза в неделю, а в праздники значительно превышал эту дозу. В последние три года алкоголь не употребляет. Решил прекратить употребление алкоголя, так как заметил, что на следующий день возникают приступы учащённого и неритмичного сердцебиения с выраженной общей слабостью. Курит с 15 летнего возраста, в среднем по пачке сигарет в день.

Женат, имеет дочь 40 лет. Имеет среднее специальное образование (по профессии – слесарь-сантехник), в настоящее время на пенсии.

Профессиональных вредностей не имел. Аллергологический анамнез не отягощен. Мать пациента умерла в возрасте 75 лет от повторного инсульта, отец умер в 76 лет от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, повышенного питания. Вес 90 кг, рост 175 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. Частота сердечных сокращений 84 в минуту в 1 минуту.

Артериальное давление 165 и 90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка неувеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме. Сознание ясное, правильно ориентирован в месте и времени, контактен, адекватен, несколько встревожен, снижен уровень внимания. Галлюцинации отсутствуют. Речь пациента не изменена. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет. Речь несколько дизартрична, выявляются рефлекс орального автоматизма (хоботковый, Маринеску-Родовичи). Сухожильные рефлекс повышены, D=S, рефлексогенные зоны расширены. Мышечный тонус существенно не изменен. Координаторные пробы выполняет с легкой интенцией при пальце-носовой пробе D=S. Ходьба: на широкой базе, несколько замедлена, шаг укорочен,

пошатывание, особенно при поворотах. Чувствительность интактна, тазовые органы контролирует.

Для выявления когнитивных нарушений необходимо провести

- физиотерапевт
- нейрохирург
- врач ЛФК
- невролог

Результаты обследования

Скрининговое нейропсихологическое обследование

Краткая шкала оценки психического статуса – 25 баллов. Допустил следующие ошибки: неправильно назвал число, дважды ошибся в серийном счёте, не вспомнил одно слово из трёх, при перерисовывании пятиугольников не соединил линии. Тест рисования часов – 4 балла, на циферблате цифры, которые не должны быть на часах, повтор цифр. Проба на обобщение: на вопрос «что общего между яблоком и грушей» ответил «яблоко круглое, а груша продолговатая». Все задания на память и интеллект выполняет в замедленном темпе, быстро устаёт. Снижена беглость речи. В пробе на динамический праксис допускает ошибки по типу упрощения.

Батарея лобных тестов – 14 баллов. Монреальская шкала оценки когнитивных функций: 24 балла. Тест рисования часов:

{nbsp}

Время 13.45

Оценка состояния сознания

Пациент находится в ясном сознании.

Оценка неврологического статуса

У пациента выявлена очаговая неврологическая симптоматика: элементы псевдобульбарного синдрома, лобной и мозжечковой антаксии, пирамидная недостаточность. Однако наличие этих нарушений не помогает в выявлении когнитивных расстройств.

Рутинное лабораторное исследование крови и мочи

Патологии не выявлено

Для выявления качественных характеристик и особенностей когнитивных нарушений необходимо провести

- физиотерапевт
- нейрохирург
- врач ЛФК
- невролог

Результаты обследования

Расширенное нейропсихологическое тестирование

Выявляются умеренные модально-неспецифические нарушения памяти в виде

нарушений запоминания и повышенной тормозимости следа памяти интерференцией (на всех уровнях семантической организации), введение стратегии запоминания и подсказок при воспроизведении эффективно и нормализует память. Тест на запоминание и воспроизведение 12 слов: непосредственное воспроизведение - 7 слова самостоятельно, 4 слова с подсказкой, всего 11 слов, отсроченное воспроизведение – 4 слова самостоятельно, 7 слова с подсказкой, всего 11 слов.

Речь: выявляется умеренное снижение беглости речи. Ассоциации литеральные – 8 слов, категориальные - 8 слов. Существенных нарушений номинативной функции речи не выявлено. Выявляется замедление нейropsychических процессов, в тесте соединения цифр – 97 сек.

Краткая шкала оценки психического статуса

25 баллов (преддементные когнитивные нарушения). Это скрининговый тест, не оценивающий качественные характеристики когнитивных нарушений.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

24 балла. Это скрининговый тест, не оценивающий качественные характеристики когнитивных нарушений.

Оценка сознания по шкале Глазго

Пациент находится в ясном сознании.

Для оценки влияния когнитивного дефекта на повседневную активность пациента (функционального статуса) используется

- физиотерапевт
- нейрохирург
- врач ЛФК
- невролог

Результаты обследования

Шкала Лоутона

Шкала Лоутона = 7/8 (функциональная активность в основном сохранна)

Индекс Бартел

Индекс Бартел = 100/100 (полная независимость)

Шкала Глазго

15 баллов. Сознание ясное

Шкала Морзе

Низкая степень риска падений

Шкала RASS

Беспокойство

Гериатрическая шкала депрессии

Обнаруживаются признаки депрессии

У данного пациента когнитивные нарушения представлены в рамках синдрома

- депрессии
- когнитивных расстройств

- делирия
- деменции

К дополнительным лабораторным методам исследования при диагностике когнитивных нарушений относят

- депрессии
- когнитивных расстройств
- делирия
- деменции

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови

{nbsp}

{nbsp}

Анализ крови на содержание витамина В12, фолиевой кислоты, гомоцистеина

Витамин В12 -- 180 пг/мл (N 187-883); фолиевая кислота 9,5 нг/мл (N 3,1-20,5)8
гомоцистеин 11,9 мкмоль/л (N 4,44-13,56).

Исследование функций щитовидной железы

Трийодтиронин (Т3) 5,1 ммоль (N 2,6-5,7); +
Тироксин своб. (Т4 свободный) 14,28 ммоль/л (N 9,00-19,05); +
Тиреотропный гормон (ТТГ) 1,4 ммоль/л (N 0,4-4,0); +
Антитела к тиреоглобулину 10 МЕ/мл (N<18).

Определение концентрации железа сыворотки крови

Железо сыворотки крови - 21,5 мкмоль/л

Определение уровня С-реактивного белка

С-реактивный белок 3,0 мг/л (N 0-5)

Исследование 25(ОН) - витамина D

Витамин 25(ОН)D – 33 нг/мл (N > 30 нг/мл)

Помимо ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, необходимым для постановки диагноза методом инструментального обследования будет

- депрессии
- когнитивных расстройств
- делирия
- деменции

Результаты инструментального метода обследования

МРТ головного мозга

{nbsp}

Выявлены выраженные изменения белого вещества головного мозга (перивентрикулярный и субкортикальный лейкоареоз).

ЭЭГ

{nbsp}

При электроэнцефалографии эпилептиформной активности не обнаружено.

Рентгенография легких

{nbsp}

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

УЗИ вен нижних конечностей

УЗИ вен нижних конечностей: вены нижних конечностей проходимы на всем протяжении, сжимаемы, просвет вен свободен, без явных признаков тромбоза.

Учитывая данные осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, причиной возникновения когнитивных и поведенческих нарушений у пациента явилась

- Болезнь Альцгеймера с ранним началом
- Фронтотемпоральная деменция, поведенческий вариант
- Гипертензивная энцефалопатия. Синдром умеренных когнитивных расстройств сосудистого генеза
- Нормотензивная гидроцефалия прогредиентное течение

Усугублять тяжесть когнитивных нарушений у пациента может

- повышение уровня холестерина
- снижение уровня витамина В12
- повышение уровня эозинофилов
- повышение уровня липопротеидов низкой плотности

Наиболее характерно для сосудистых когнитивных расстройств, помимо управляющих функций, – это расстройство

- гнозиса
- праксиса
- речи
- внимания

Для замедления прогрессирования заболевания данному пациенту рекомендуется

- назначение антиконвульсантов
- регулярная гипотензивная терапия
- применение миорелаксантов
- назначение антипсихотических препаратов

Помимо когнитивного тренинга, данному пациенту можно порекомендовать из нелекарственных методов лечения

- магнитотерапию
- регулярную физическую активность
- иглорефлексотерапию
- массаж шейно-воротниковой зоны

Помимо врача-гериатра пациенту рекомендовано находиться под наблюдением врача-

- магнитотерапию
- регулярную физическую активность
- иглорефлексотерапию
- массаж шейно-воротниковой зоны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов в палату к 88 летней женщине дежурного врача в стационаре ночью.

Жалобы

Жалобы активно сформулировать не может. Пытается покинуть стационар т.к. ее ждут в гостях. Если она не придет, то ее внучку убьют.

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов медицинского персонала и медицинской документации.

+

В анамнезе много лет ишемическая болезнь сердца, ПИКС, гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность. Постоянно получала бисопролол, верошпирон, периндоприл, феназепам ½ таблетки (плохой сон). Периодически принимает супрастин по поводу аллергии, НПВС по поводу двустороннего гонартроза. В последние дни отмечает усиление болевого синдрома. +

Около 2-х недель назад – нарастание одышки, появление отеков ног.

Самостоятельно обратилась в стационар. +

В настоящее время в стационаре дополнительно получает фуросемид 40 мг/сут в/в струйно, доза верошпилона увеличена.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее – инженер.

В настоящее время пенсионерка, инвалид 2 группы. Проживает одна. Услугами социального работника не пользуется – все делает сама.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, вес – 82 кг. ИМТ – 29,8 кг/м². Телосложение: правильное, нормостеничное. Пациентка ориентирована в собственной личности, однако дезориентирована в месте и времени: дату и время назвать затрудняется, считает, что находится в церкви, и ей угрожает опасность. Кожные покровы и слизистые: чистые, физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, смещаемая, безболезненная, мягкоэластической консистенции, однородная. Отеки стоп, голеней до колен. При сравнительной перкуссии легких выслушивается отмечается притупление на уровне 2 межреберья слева и 4 межреберья справа по средней подмышечной линии. Дыхание в легких жесткое, резко ослаблено в средних и нижних отделах. Хрипов нет ЧДД 22 в 1 минуту. SpO₂ - 90%; + Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 100 в 1 мин, пульс ритмичный. АД 100/66 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул – ежедневный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. + Mini-Cog – 0 баллов (часы нарисовать не может, ни одно слово не вспомнила)
Данной пациентке в первую очередь необходимо провести

- магнитотерапию
- регулярную физическую активность
- иглорефлексотерапию
- массаж шейно-воротниковой зоны

Результаты обследования

Оценка спутанности сознания по шкале CAM

Делирий

Оценка когнитивного статуса по MMSE

MMSE – 4 балла

Рентгенография грудной клетки

Двусторонний гидроторакс с уровнем жидкости слева до 2 ребра; справа до 5 ребра

Биохимический анализ крови: оценка креатинина, СКФ, электролитов крови

Креатинин 100 мкмоль/л; СКФ по СКD-EPI 43 мл/мин/1,73м²; калий крови 4.0 ммоль/л

У данной пациентки можно предположить нарушения сознания по типу

- гиперактивного делирия
- гипоактивного делирия
- тяжелой деменции
- шизофрении

**Пациентка возбуждена и пытается покинуть лечебное учреждение.
Необходимо**

- ввести незамедлительно дополнительно аминазин
- перевести данную пациентку в реанимацию или обеспечить круглосуточное наблюдение в палате
- вызвать психиатрическую бригаду и перевести в психоневрологический диспансер
- взять письменный отказ от госпитализации и отпустить домой

При выраженном психомоторном возбуждении можно рекомендовать

- феназепам 2 мл в/м №1. При неэффективности - увеличение дозировки в 2 раза
- аминазин в минимальных дозах не менее 3-4 дней
- галоперидол в минимальных дозах только для купирования возбуждения
- тиопентал натрия 2,5% в/в струйно медленно в минимальных дозировках, обеспечивающих купирование возбуждения

Основные обязательные критерии делирия по DSM-5 включают нарушение

- речи
- памяти
- сознания
- восприятия

Предрасполагающие факторы риска делирия у данной пациентки включают

- сопутствующие заболевания
- гипоксию
- женский пол
- смену обстановки при госпитализации

Помимо болевого синдрома, к провоцирующим факторам риска у данной пациентки относится

- женский пол
- курение
- ожирение
- гипоксия, обусловленная декомпенсацией ХСН

Дезорганизованное мышление позволяют выявить вопрос/утверждение

- "Не могли бы Вы взять листок, сложить пополам и отдать мне правой рукой?"
- показать предмет (ручку, часы) и спросить "Как он называется?"
- "Молотком можно забить гвоздь?"
- "Вычтите, пожалуйста, из 100 семь пять раз (100-7-7-7-7-7)"

Лекарственный препарат, провоцирующий делирий у данной пациентки -- это

- феназепам
- верошпирон
- кетонал
- периндоприл

Классификация делирия по психомоторным нарушениям включает

- острый, подострый, хронический
- гиперактивный, гипоактивный и смешанный
- легкой, средней, тяжелой степени
- делирий с нарушением мышления, с нарушением восприятия, с нарушением обеих этих компонентов

Минимальный перечень обследования больного с делирием должен включать

- общий и биохимический анализ крови
- липидограмму
- определение тау-белка в спинномозговой жидкости
- развернутую коагулограмму

Дифференциальный диагноз делирия проводят с

- общий и биохимический анализ крови
- липидограмму
- определение тау-белка в спинномозговой жидкости
- развернутую коагулограмму

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов в палату к мужчине 71 года дежурного врача в стационаре ночью.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов жены. +

В анамнезе ожирение 3ст, сахарный диабет 2 типа, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Верифицирован цирроз печени на фоне многолетнего злоупотребления алкоголем. Также на протяжении длительного времени тромбоцитопения. +

Около полутора назад, после эпизода запоя впервые появилась одышка.

Обратился к врачу по м/ж. Был выявлен правосторонний субтотальный гидроторакс, выполнена плевральная пункция. В последующем неоднократно

рецидивировал. +

Около месяца назад – рожистое воспаление правой нижней конечности, буллезно-некротическая форма. Проходил лечение в районной ЦРБ. Ввиду наличия тромбоцитопении, была отменена терапия антикоагулянтами. Выполнена некрэктомия. Кожная пластика на данном этапе раневого процесса не показана. +

Ухудшение около 5 дней назад – выросла одышка, слабость. Со слов жены почти перестал вставать с кровати в последнюю неделю. По вечерам нарастает спутанность сознания, не узнает жену. Утром вызвали скорую и госпитализировали в гериатрический стационар. При поступлении сознание ясное. Вечером, со слов медицинского персонала, отказался от ужина, отвечает односложно, продуктивный контакт затруднен.

Анамнез жизни

Образование высшее. В настоящее время пенсионер, инвалид 2 группы. Проживает с женой. Со слов жены, до последнего времени читал книги, разгадывал кроссворды. Из дома не выходил. По квартире передвигался с поддержкой жены.

Объективный статус

Рост – 172 см, вес – 118 кг. ИМТ – 40,0 кг/м². Температура 36,8°C. Гиперстеник. Пациент ориентирован в собственной личности, однако дезориентирован в месте и времени: дату и время назвать затрудняется. Менингеальные симптомы отрицательные. Кожные покровы и слизистые: чистые, физиологической окраски. Единичные геморрагические высыпания по типу петехиальной сыпи в местах наложения электродов ЭКГ. На правой голени наложена повязка. Под повязкой – мокнущая язва после некрэктомии. Отделяемое из раны красновато-коричневатого цвета. Запах гноя. Язык чистый, влажный. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, смещаемая, безболезненная, мягкоэластической консистенции, однородная. Отеки стоп, нижней трети голеней. При сравнительной перкуссии справа отмечается притупление перкуторного звука справа на уровне 3 межреберья. +

Аускультативно: слева дыхание жесткое, справа резко ослаблено. Сухие хрипы при форсированном выдохе. ЧДД 22 в минуту. StO₂ ~ 92%. Аускультативная картина сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС ~ 66 уд. в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот резко увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный. Диурез – отмечалась задержка мочи, установлен мочевого катетер. +

Mini-Cog – 0 баллов (часы нарисовать не может, ни одно слово не вспомнил).

Для оценки когнитивного статуса и уровня сознания необходимо использовать

- общий и биохимический анализ крови
- липидограмму
- определение тау-белка в спинномозговой жидкости
- развернутую коагулограмму

Результаты обследования

Шкала САМ

Делирий

Тест MMSE

MMSE – 3 балла

Тест Моса

Моса – 3 балла

Батарея лобных тестов FAB-18

FAB-18 - 0 баллов

Необходимыми в данной ситуации лабораторными методами обследования являются

- общий и биохимический анализ крови
- липидограмму
- определение тау-белка в спинномозговой жидкости
- развернутую коагулограмму

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|=====

| WBC,

{asterisk} 10⁹ /л | HGB,

г/л | RBC,

{asterisk} 10¹² /л | HCT, % | MCV, фл | MCH, пг | PLT,

10⁹ /л | СОЭ, мм/ч

| 2.9 (сегментоядерные - 81%; +

палочкоядерные - 1%; +

лимфоциты - 9%; +

моноциты - 9%; | 136 | 4.18 | 35.6 | 85.1 | 30.2 | 27 (68 ручным пересчетом) | 13

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

| *Показатель* | *Результат*

| АСТ, Ед/л | 32.2

| АЛТ, Ед/л | 29.6

| Билирубин общ. ммоль/л | 19.35

| Мочевина ммоль/л | 18.33

| Креатинин, мкмоль/л | 119.7

| Глюкоза, ммоль/л | 18.39

| Об. белок г/л | 65.3

| Альбумин г/л | 30.6

| Холестерин ммоль/л | 5.54

| ТГ ммоль/л | 1.03

| ЛПНП ммоль/л | 3.61
| Калий, ммоль/л | 4.25
| СКФ по СКД-ЕРІ мл/мин/1,73м² | 60
|====

Д-димер

0, 11 мкг FEU/мл (норма до 0,55 мкг FEU/мл)

МНО

1,22 (норма 0,85 - 1,35)

Протромбиновый индекс

99% (Норма 95 - 105 %)

Общий анализ мочи

В анализе мочи глюкозурия {plus} {plus} {plus} (в норме нет)

К необходимым инструментальным методам в данной ситуации относится

- общий и биохимический анализ крови
- липидограмму
- определение тау-белка в спинномозговой жидкости
- развернутую коагулограмму

Результаты инструментального метода обследования

ЭКГ

Синусовая брадикардия с ЧСС 58 в мин. ЭОС горизонтальная. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Гипертрофия ЛЖ.

Электроэнцефалография

Эпилептиформной активности не обнаружено

КТ брюшной полости

Патологии не выявлено

ЭГДС

От проведения данного исследования категорически отказался

Учитывая клиническую картину, можно предположить у данного пациента

- гипоактивный делирий
- шизофрению
- тяжелую деменцию
- гиперактивный делирий

В настоящее время тяжесть состояния больного обуславливает

- анемия легкой степени тяжести
- первичный субклинический гипотиреоз
- ожирение
- декомпенсация сахарного диабета 2 типа

Перевод пациента осуществляется в

- отделение реанимации (делирий, дыхательная недостаточность)

- эндокринологическое отделение (декомпенсация сахарного диабета)
- хирургическое отделение (гнойно-некротическая рана правой голени)
- кардиологическое отделение (нарастание гидроторакса, декомпенсация ХСН)

Основным обязательным критерием делирия по DSM-5 у данного пациента будет нарушение

- восприятия
- сознания
- памяти
- речи

Можно рекомендовать данному пациенту лечение

- кветиапином
- актинола мемантином
- феназепамом
- amitриптилином

Фактором(-ами) риска делирия у данного пациента является (являются)

- болевой синдром
- использование психоактивных препаратов
- тяжелая соматическая патология и сопутствующие заболевания
- недостаточное питание и обезвоживание

Дезорганизованное мышление в шкале САМ позволяет выявить вопрос/утверждение

- "Молотком можно забить гвоздь?"
- "Не могли бы Вы взять листок, сложить пополам и отдать мне правой рукой?"
- "Вычитите, пожалуйста, из 100 семь пять раз (100-7-7-7-7-7)"
- Показать предмет (ручку, часы) и спросить "Как это называется?"

Для диагностики делирия используются критерии по шкале

- {nbsp}MMSE
- {nbsp}DSM-5
- {nbsp}PHQ-9
- {nbsp}GDS-15

Комплексный подход в ведении пожилых больных с делирием включает немедикаментозные мероприятия, такие как

- {nbsp}MMSE
- {nbsp}DSM-5

- {nbsp}PHQ-9
- {nbsp}GDS-15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 66 лет обратилась самостоятельно в приёмное отделение больницы.

Жалобы

На:

- лихорадку до 38-39^oС с потрясающими ознобами;
- выраженную потливость в ночное время;
- общую слабость, утомляемость, снижение аппетита;
- боли в коленных и локтевых суставах.

Анамнез заболевания

- * 9 месяцев назад пациентке выполнено протезирование митрального клапана по поводу митрального стеноза ревматической этиологии
- * послеоперационный период протекал без осложнений
- * около 3 недель назад появились общая слабость, утомляемость, лихорадка, которая вначале носила субфебрильный характер в течение всего дня, а затем появились подъемы до фебрильных цифр по вечерам и в ночное время, сопровождающиеся потрясающими ознобами
- * эпизоды повышения температуры в ночное время сопровождаются профузным потоотделением, меняет по 2-3 ночные рубашки за ночь
- * пробовала самостоятельно принимать ципрофлоксацин – без эффекта
- * за прошедший месяц потеряла в весе 5 кг

Анамнез жизни

- * матери пациентки 88 лет, страдает гипертонической болезнью;
- * отцу 87 лет, страдает гипертонической болезнью, нейросенсорной тугоухостью;
- * менструации с 11 лет, регулярные, 1 беременность: 1 роды (кесарево сечение в связи с митральным пороком);
- * не курит, алкоголь не употребляет
- * аллергия на ампициллин (кожный зуд, крапивница)
- * проживает в отдельной квартире с мужем 70 лет, имеет дочь 42 лет, которая живет отдельно
- * работала экономистом, в настоящее время на пенсии
- * до настоящего заболевания обслуживала себя самостоятельно

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы цвета «кофе с молоком», повышенной влажности. Температура тела 37,5^oС. Петехиальные геморрагии на переходной складке конъюнктивы нижнего века. Конституция астеническая, рост 171 см, вес 50 кг.

Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 25 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные,

ритм правильный, мелодия протеза митрального клапана. АД 110/65 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- {nbsp}MMSE
- {nbsp}DSM-5
- {nbsp}PHQ-9
- {nbsp}GDS-15

Результаты инструментального метода обследования

Трансторакальная эхокардиография

Аорта 2.7 см (N до 3.7 см) не расширена, не уплотнена. Левое предсердие: увеличено, 6.7 см (N до 4см), объём 98 мл (N до 65 мл). Левый желудочек: не увеличен, КДР 4.5см (N до 5.6 см), МЖП 1.1 см, ЗСЛЖ 1.0 см (N до 1.1см). КДО 100 мл, КСО 45 мл, ФВ 55%. Нарушений локальной сократимости нет. Правый желудочек: 3.5 см, толщина стенки 0,6, увеличен. Правое предсердие: 85 мл. Аортальный клапан: створки уплотнены, кальциноза нет. Амплитуда раскрытия не уменьшена. Аортальная регургитация – нет. Митральный клапан: протез митрального клапана, регургитация 0-1, парапротезной регургитации нет. Образование у основания передней створки протеза до 3 мм в диаметре, смещающееся с током крови. Трикуспидальный клапан: ТР 1 ст. ФК ТК – 3.45. Легочный клапан: скорость кровотока 84,8 см/с, регургитация 0-1. Признаки легочной гипертензии: да. СДЛА 47 мм рт. ст. Нижняя полая вена не расширена, на вдохе спадается более 50%. Сепарации листков перикарда нет. Заключение: увеличение обоих предсердий. Глобальная сократимость ЛЖ умеренно снижена. Склеротические изменения АК, в т.ч. подклапанного аппарата, протез митрального клапана функционирует адекватно, признаков парапротезной регургитации нет. Обращает на себя внимание образование у основания передней створки протеза до 3 мм в диаметре, смещающееся с током крови (вегетация?). Легочная гипертензия I ст.

ЭКГ

Гипертрофия ЛП

Чреспищеводная регистрация ЭКГ

Данных за нарушение ритма и проводимости сердца не получено

Сцинтиграфия миокарда в покое

Данных за органическое поражение миокарда нет

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом

обследования является посев крови, выполненный + _____ +.

Образцы взяты

- {nbsp}MMSE
- {nbsp}DSM-5
- {nbsp}PHQ-9

- {nbsp}GDS-15

Результаты лабораторного метода обследования

Посев крови, выполненный трехкратно, образцы взять с интервалом 30 минут

Рост *Staphylococcus aureus* в трех образцах, чувствительный к ампициллину, амоксициллину {plus}клавуланату, ванкомицину, линезолиду

Посев крови, выполненный двукратно, образцы взяты с интервалом 12 часов

Рост *Staphylococcus aureus* в одном образце, чувствительный к ампициллину, амоксициллину {plus}клавуланату, ванкомицину, линезолиду

Посев крови, выполненный однократно, образцы взяты до начала эмпирической антибактериальной терапии

Рост *Staphylococcus aureus* в одном образце, чувствительный к ампициллину, амоксициллину {plus}клавуланату, ванкомицину, линезолиду

Посев крови, выполненный однократно, образцы взяты после начала эмпирической антибактериальной терапии

Отсутствие роста

**Пациентке может быть установлен диагноз: + _____ +
инфекционный эндокардит**

- {nbsp}MMSE
- {nbsp}DSM-5
- {nbsp}PHQ-9
- {nbsp}GDS-15

Диагноз

Ранний левосторонний протезный инфекционный эндокардит

Поздний левосторонний протезный инфекционный эндокардит

Первичный инфекционный эндокардит

Вторичный рецидивирующий инфекционный эндокардит

В общем анализе мочи пациентки обнаружена микрогематурия. Наиболее вероятной причиной гематурии, наряду с передозировкой антикоагулянтов, может являться

- новообразование почки
- гломерулонефрит
- мочевиная инфекция
- мочекаменная болезнь

Петехиальные геморрагии на переходной складке конъюнктивы нижнего века у данной пациентки называются

- новообразование почки
- гломерулонефрит
- мочевиная инфекция
- мочекаменная болезнь

Изображение 1

На ЭКГ пациентки (изображение 1) регистрируется

- гипертрофия правого предсердия
- блокада левой ножки пучка Гиса
- блокада правой ножки пучка Гиса
- гипертрофия левого предсердия

Изменение цвета кожных покровов ("кофе с молоком") у больной может быть обусловлено

- генерализованным системным васкулитом
- присоединением грибковой инфекции
- каротинозом
- анемией и гипербилирубинемией

Пациентке показано назначение

- ампициллина в виде монотерапии
- ванкомицина с гентамицином и рифампицином
- пенициллина с гентамицином
- амоксициллина с клавуланатом

Предпочтительный путь введения антибиотиков при инфекционном эндокардите

- подкожный
- пероральный
- внутримышечный
- внутривенный

Оптимальная продолжительность антибактериальной терапии у данной пациентки составляет не менее + _____ + недель (недели)

- 6
- 4
- 10
- 8

Показанием к хирургическому лечению инфекционного эндокардита у больной является

- наличие легочной гипертензии
- предшествующий ревматический анамнез
- размеры вегетации
- стафилококковая этиология ИЭ

Фактором риска рецидива инфекционного эндокардита у больной является

- наличие легочной гипертензии
- предшествующий ревматический анамнез
- размеры вегетации
- стафилококковая этиология ИЭ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача-гериатра мужчина 85 лет.

Жалобы

На общую слабость, вялость, снижение аппетита, головные боли, тошноту и рвоту, головокружение, потерю веса, упорные мучительные боли в грудном и поясничном отделе позвоночника, которые усиливаются во время нагрузок и по ночам.

Анамнез заболевания

9 лет назад обнаружено увеличение уровня ПСА до 23 нг/мл, при обследовании у уролога было выявлено увеличение предстательной железы с узелковым образованием. Проведена трансректальная биопсия простаты, согласно гистологической оценки биоптата – аденокарцинома, с дифференцировкой клеток по шкале Глисона 7 баллов. После проведения комплексного обследования опухоль была классифицирована онкологом как T2N0M0. Проводилось облучение тазовых лимфатических узлов (46 Гр за 23 фракции) и трехмерное конформационное облучение простаты (26 Гр за 12 фракций). Ухудшение состояния в течение полугода, когда появились боли в спине с постепенным нарастанием их интенсивности. Проведено обследование у онколога - выявлены метастазы в тела позвонков грудного и поясничного отделов. Пациенту была предложена комбинированная химиотерапия (этопозид и цисплатина (6 циклов)), однако, пациент от предлагаемого лечения отказался. Из-за болей просыпается почти каждую ночь, в связи с чем постоянно принимает ибупрофен 200 мг - сначала только на ночь, последнее время - до 3-4 раза в день. По нумерологической оценочной шкале интенсивность боли оценил на 7 баллов.

За 6 месяцев похудел на 8 кг, значительно снизилась способность к передвижению. Пациент на улицу не выходит, по квартире передвигается с трудом, держась за стены.

Анамнез жизни

Образование 10 классов. Работал до 65 лет сварщиком.

Пациент живет один, уход за ним осуществляют работники социальной службы и сын, который приезжает 1 раз в неделю.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 173 см, вес – 52 кг. ИМТ 17,3.

Телосложение: правильное, нормостеническое. Кожные покровы и слизистые: чистые, физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены.

Периферических отеков – нет.

При сравнительной перкуссии легких - ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет, ЧДД 16 в 1 минуту.

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. +

Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул – ежедневный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Щитовидная железа не увеличена, смещаемая, безболезненная, мягкоэластической консистенции, однородная.

На основании имеющихся данных интенсивность болевого синдрома у пациента можно оценить, как

- умеренную
- очень сильную
- слабую
- сильную

Учитывая жалобы, данные анамнеза, осмотра пациента, необходимо провести скрининг синдрома старческой астении, для чего следует использовать

- умеренную
- очень сильную
- слабую
- сильную

Результаты обследования

Опрос по шкале «Возраст не помеха»

4 балла: снижение зрения и слуха, травмы, связанные с падением, снижение памяти и других когнитивных функций и ограничение мобильности

Тест рисования часов

10 баллов

Тест «Встань и иди»

20 секунд

Оценка индекса Бартел

95 баллов

Результат по шкале Лоутона при оценке выраженности нарушений функционального статуса пациента при выполнении повседневных дел составил 6 баллов, что указывает на

- снижение инструментальной активности
- умеренная зависимость в повседневной жизни
- выраженное снижение базовой активности
- отсутствие снижения инструментальной активности

Оптимальная терапия для купирования болевого синдрома у данного пациента включает назначение

- парацетамола
- ибупрофена
- трамадола
- нимесулида

При неэффективности трамадола следует использовать

- просидол
- ибупрофен
- парацетамол
- нимесулид

При усилении болей до 9/10 баллов по ВАШ можно назначить

- ибупрофен
- фентанилтрансдермальную терапевтическую систему
- нимесулид
- парацетамол

Использование трансдермальной терапевтической системы на основе фентанила обеспечивает эффективность обезболивания в течение + ___ + часов

- 72
- 24
- 12
- 48

Для профилактики и лечения тошноты и рвоты у данного пациента можно использовать

- скополамин
- лоразепам
- метоклопрамид
- гиосцин

Для лечения тошноты и рвоты возможно назначение галоперидола, однако, его применение ограничивают побочные эффекты, к которым относятся

- появление возбуждения, агрессивного поведения
- удлинение интервала QT избыточная седация, гипотензия
- развитие почечной и печеночной недостаточности
- агранулоцитоз, гипертензия

Снижение веса на 8 кг (на 9% от исходного) за 6 месяцев и ИМТ 17,3 кг/м² у данного пациента указывают на развитие

- старческой астении
- кахексии
- мальнутриции
- саркопении

Лечение кахексии у пациента с онкологическим заболеванием включает применение

- лоразепама
- дексаметазона
- тестостерона
- мегестрола

Виды физической активности, которые могут быть показаны данному пациенту, включают

- лоразепама
- дексаметазона
- тестостерона
- мегестрола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

На слабость, утомляемость, повышение уровня глюкозы по глюкометру до 15 ммоль/л, страх падений, периодическое повышение уровня АД до 200/90 мм рт. ст., чувство нехватки воздуха, головокружения, одышку при ходьбе, отечность нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Страдает сахарным диабетом в течение 10 лет, уровень гликемии в начале заболевания не помнит. В дебюте заболевания были назначены пероральные сахароснижающие препараты: глибенкламид – 3,5 мг 1 таблетка в сутки, метформин 2000 мг в сутки. Последние несколько лет до настоящего обращения

получал следующие пероральные сахароснижающие препараты: глибенкламид – 3,5 мг 2 таблетки перед завтраком и 2 таблетки перед ужином, метформин – 1000 мг по 1 таблетке утром и 1 таблетке на ночь. Постоянно принимает витамины группы В. Уровень гликемии контролирует по глюкометру. Уровень гликемии натощак колеблется от 14 до 16 ммоль/л. Последний месяц уровень гликемии не контролировал. У эндокринолога наблюдается. Диету не соблюдает. Отмечает частые гипогликемические состояния, которые сопровождаются головокружением, слабостью, дрожью в теле, потливостью.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь около 10 лет, принимает периндоприл 10 мг в сутки. Перенес острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST по нижней стенке 6 лет назад. Хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса (ФР 38%) в течение 4 лет.

Объективный статус

Рост – 176 см. Вес Масса тела – 92 кг. ИМТ – 29,7 кг/м². +

Сознание ясное. Температура тела – 36,6°C. +

При разговоре одышки нет. +

Кожные покровы бледные. Пастозность голеней и стоп. +

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16/мин. +

Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс – 68/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС – 68/мин. АД – 158/90 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях сохранена. +

Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. +

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. +

Чувствительность стоп: температурная сохранена; болевая снижена; тактильная снижена.

Необходимыми для мониторинга состояния данного пациента с сахарным диабетом лабораторными методами обследования являются

- лоразепама
- дексаметазона
- тестостерона
- мегестрола

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование гликированного гемоглобина (HbA1c)

HbA1c 8,28%

Биохимический анализ крови

|=====

| Показатель | Значение | Референсный диапазон

| общий белок | 65,3 г/л | 62--81

| мочевины | 12,5 ммоль/л | 2,9–8,2

| креатинин | 88,3 мкмоль/л | 50-98

| СКФ | 57 мл/мин | Более 90
| билирубин общий | 8,4 мкмоль/л | 3,4–20,5
| холестерин общий | 6,1 мкмоль/л | Менее 4,5
| триглицериды | 2,4 ммоль/л | Менее 1,7
| ЛПВП | 1,02 ммоль/л | Более 1,3
| ЛПНП | 3,4 ммоль/л | Менее 1,4
| натрий | 142 ммоль/л | 135-155
| калий | 4,1 ммоль/л | 3,4-5,3
| АСТ | 23 | 0-35
| АЛТ | 19 | 0-30
|====

исследование альбуминурии

18,4 мг/24 часа

Исследование паратгормона крови

3,9 пмоль/л (N: 1,6-6,9)

Исследование кальцитонина крови

1,5 пг/мл (N: менее 5,0)

Исследование тиреотропного гормона в крови

1,29 мЕд/л (N: 0,4-4,0)

К необходимым инструментальным методам обследования в рамках мониторинга больных сахарным диабетом 2 типа относят

- лоразепама
- дексаметазона
- тестостерона
- мегестрола

Результаты инструментальных методов обследования

Электрокардиография

Ритм синусовый. ЧСС – 68/мин. ЭОС отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки

Легкие без очаговых и инфильтративных изменений.

УЗИ органов брюшной полости

УЗ-признаки диффузных изменений печени, диффузных изменений поджелудочной железы и почек.

ЭГДС

Недостаточность кардии. Дуоденогастральный рефлюкс.

УЗДГ вен нижних конечностей

УЗ-признаков тромбоза в системе глубоких и поверхностных вен не выявлено.

Признаки венозной недостаточности.

Рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника

Снижение МПК в области поясничных позвонков (Т-критерий -2,7 SD)

В рамках мониторинга больных сахарным диабетом 2 типа пациенту необходим осмотр

- лоразепама
- дексаметазона
- тестостерона
- мегестрола

Результаты обследования

Осмотр офтальмолога

Диабетическая непролиферативная ретинопатия. OS начальная катаракта.

Осмотр гастроэнтеролога

ГЭРБ

Осмотр невролога

Диабетическая симметричная дистальная сенсорная нейропатия нижних конечностей

Осмотр уролога

Аденома предстательной железы.

Целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}, %) у данного пациента составляет менее + _____ +%

- 7,5
- 8,0
- 8,5
- 7,0

Целевым значением уровня холестерина ЛНП для этого пациента является уровень менее + _____ + ммоль/л

- 1,8
- 2,5
- 1,4
- 4,5

Целевым значением уровня артериального давления для этого пациента является систолическое давление на уровне от + _____ + до + _____ + мм рт. ст. и диастолическое давление на уровне от + _____ + до + _____ + мм рт. ст.

- 115; 125; +
80; 90
- 130; 140; +
70; 80
- 110; 120; +
65; 75
- 120; 130; +
60; 75

Основным требованием к сахароснижающим препаратам у данного пациента с СД 2 типа является

- нейропротекция
- гепатопротекция
- нефропротекция
- минимальный риск гипогликемии

Из препаратов, принимаемых пациентом, лицам старше 60 лет *НЕ* рекомендуется прием

- метформина
- глибенкламида
- витаминов группы В
- периндоприла

Для коррекции гиперхолестеринемии требуется назначение

- статинов
- эзетимиба
- ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK-9)
- фибратов

Диетические ограничения данному пациенту

- рекомендованы с ограничением белка
- не рекомендованы
- рекомендованы с ограничением калорийности
- рекомендованы с исключением углеводов

В связи с наличием у пожилого пациента в анамнезе ОИМ и ХСН для вторичной профилактики рекомендован прием

- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина
- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12

У пациента пожилого возраста с сахарным диабетом и фракцией сердечного выброса 38% предпочтительны

- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина
- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача-гериатра мужчина 74 лет. К врачу привел сын, обеспокоенный поведением своего отца.

Жалобы

Пациент активно жалоб не предъявляет. При тщательном расспросе удалось выяснить, что беспокоят общая слабость, апатия, пониженное настроение, нарушения сна, снижение аппетита, похудание.

Анамнез заболевания

Изменения в своем состоянии здоровья отмечает в течение последних 4-х лет после смерти жены. Последние три года из дома не выходит. К врачу не обращался. Постоянного лечения не получает.

Перенесенные заболевания: 10 лет назад лобэктомия слева по поводу рака легкого, после которой проходил курс лучевой терапии, наблюдался у онколога, данных за метастазирование нет. 7 лет назад перелом шейки левой бедренной кости вследствие падения с высоты своего роста – проведено эндопротезирование.

ОНМК, ИБС, СД – отрицает.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. +

По образованию инженер-конструктор. Работал до 70 лет, уволился после смерти жены. После увольнения с работы прекратил социальные контакты. + Отмечает неоднократные падения при ходьбе по дому, последнее в прошлом месяце. +

Последние 3 года сам из дома не выходит, ввиду отсутствия желания и страха упасть. +

Курит более 45 лет по 2 пачки сигарет в день. +

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 198 см, вес – 82 кг. ИМТ – 21,0 кг/м². Телосложение правильное, астеничное. Кожные покровы и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет.

Дыхание в легких везикулярное. Слева ниже 3 ребра – отсутствие дыхания. ЧДД 20 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул – ежедневный. Мочиспускание свободное, безболезненное. Щитовидная железа не увеличена, смещаемая, безболезненная, мягкоэластической консистенции, однородная. +

Шкала Возраст не помеха: 3 балла +

SPPB – 7 баллов

Для выявления депрессии у данного пациента следует использовать

- ацетилсалициловой кислоты

- варфарина
- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12

Результаты обследования

Шкала PHQ-9

18 из 27 баллов

Шкала GDS

11 из 15 баллов

Опросник Возраст не помеха

5 из 7 баллов

Оценка боли по шкале ВАШ

По шкале ВАШ 0 /10 баллов

Шкала Нортонa

12 баллов

Шкала Морзе

50 баллов

Для оценки влияния депрессии на повседневную активность (функциональный статус) пациента следует использовать

- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина
- низкомолекулярных гепаринов
- блокаторов рецепторов P2Y12

Результаты обследования

Шкала оценки базовой функциональной активности (индекс Бартел)

90 баллов

Шкала Лоутона инструментальной функциональной активности

6/8

Шкала MNA

23 балла

Опросник «Возраст не помеха»

3 балла

Оценка по шкале спутанности сознания

Нет делирия

Тест «Встань и иди»

8 секунд

К симптомам, указывающим на наличие депрессии у лиц пожилого и старческого возраста относят

- повышение уровня глюкозы в плазме крови
- снижение настроения
- расстройства восприятия
- деллюзии

Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является

- повышение уровня глюкозы в плазме крови
- снижение настроения
- расстройства восприятия
- галлюзии

Диагноз

Старческая астения. Легкая зависимость в повседневной жизни. Снижение инструментальной активности. Высокий риск падений. Риск развития депрессии. Риск развития мальнутриции. Нарушение сна

Преастения. Легкая зависимость в повседневной жизни. Снижение инструментальной активности. Высокий риск падений. Риск развития депрессии. Риск развития мальнутриции. Нарушение сна

Старческая хрупкость. Легкая зависимость в повседневной жизни. Снижение инструментальной активности. Высокий риск падений. Риск развития мальнутриции. Нарушение сна

Синдром старческой хрупкости. Легкая зависимость в повседневной жизни. Снижение инструментальной активности. Высокий риск падений. Деменция. Риск развития мальнутриции. Нарушение сна

Наличие старческой астении подтверждается если

- скорость ходьбы 0,6 м/сек
- баллы по шкале инструментальной активности IADL – 20/27
- баллы по шкале MMSE 29/30
- сумма баллов при оценке краткой батареи тестов физического функционирования – 7

Для лечения депрессий у данного пациента следует отдать предпочтение препаратам из группы

- типичных нейролептиков
- антиконвульсантов
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)
- транквилизаторов

К антидепрессантам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина относится

- циталопрам
- нортриптилин
- кветиапин
- парфеназин

При повторном визите через месяц на фоне терапии была выявлена положительная динамика, пациент стал ежедневно выходить на улицу симптомы тревоги и гипотимии купированы. Дальнейшая тактика ведения данного пациента включает

- продолжение лекарственной терапии в течение 3-4 месяцев, мониторируя нежелательные побочные явления
- полную отмену терапии, мониторинг состояния в течение 6 месяцев
- постепенное снижение дозы препарата не менее 1 месяца до полной отмены
- снижение дозы препарата и продолжение приема в течение 2-3 месяцев, мониторинг нежелательных побочных явлений

В качестве не медикаментозных методов лечения депрессии данному пациенту следует рекомендовать

- когнитивно-поведенческую терапию
- гипноз
- употребление малых доз алкоголя
- электросудорожная терапия

Показания для проведения электросудорожной терапии включают

- резистентные формы депрессии
- лечение биполярного расстройства
- лечение галлюцинаций
- лечение тревоги

К побочным эффектам приема селективных ингибиторов обратного захвата серотонина относится

- запор
- нарушение зрения
- гипонатриемия
- задержка мочи

Пациента при наличии риска депрессии необходимо направить к

- запор
- нарушение зрения
- гипонатриемия
- задержка мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась на прием к врачу-терапевту.

Жалобы

- на жгучую интенсивную боль в левой руке, не связанную с дыханием или движениями левой руки, появившуюся сегодня около 30 минут назад, после выхода на холодный воздух;
- на одышку при ранее переносимой физической нагрузке;
- на слабость.

Анамнез заболевания

Длительно страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД до 200/100 мм рт. ст., на фоне терапии цифры артериального давления в пределах 130-140/80-90 мм рт. ст. С 2010 года беспокоят эпизодические боли в области сердца, возникающие при физической и эмоциональной нагрузке. Пациентка находится под наблюдением участкового терапевта по месту жительства, со слов пациентки, предписанную терапию принимает постоянно. Инфаркт миокарда, ОНМК в анамнезе отрицает.

Анамнез жизни

Эпид. анамнез: с инфекционными и лихорадящими больными не контактировала, туберкулез, ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты отрицает. +
Профессиональные вредности: отрицает (работает сторожем в школе). +
Перенесённые заболевания, операции: удаление полипа толстой кишки в 2000 году; миомэктомия в 2008 году. +

Семейный анамнез: мать умерла от ОНМК, отец страдал артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. +

Аллергоанамнез: не отягощен. +

Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние пациентки тяжелое. Эмоциональный фон резко снижен: пациентка беспокойна, тревожна, плачет. +

Рост 160 см, вес 105 кг, индекс массы тела $41,02 \text{ кг/м}^2$. +

Кожные покровы бледные, влажные. Видимые слизистые оболочки бледные, высыпаний нет. Периферических отеков нет. +

При пальпации по паравертебральным линиям болезненности не определяется. Пальпация грудной клетки безболезненна. Движения в левой руке сохранены в полном объеме во всех суставах. Пальпация не вызывает болезненных ощущений. +

В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких.

Выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы ниже середины лопатки. +

Тоны сердца приглушены. Ритм сердечных сокращений правильный, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 115 в мин. Артериальное давление 105/75 мм рт. ст. +

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- запор
- нарушение зрения
- гипонатриемия
- задержка мочи

Результаты инструментального метода обследования

Электрокардиография

Рентгенография грудной клетки

Заключение: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено

Ультразвуковая доплерография сосудов шеи

Заключение: УЗ-признаков стеноза сосудов шеи не выявлено.

Рентгенография области плечевого сустава

Заключение: признаков перелома нет. Суставные поверхности конгруэнтны.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровня

- запор
- нарушение зрения
- гипонатриемия
- задержка мочи

Результаты лабораторного метода обследования

Тропонин Т или I

Результаты количественного анализа уровня: тропонина I: 200 пг/л

C-реактивный белок

0,8 мг/л (N: 0 – 5 мг/л)

Фибриноген

2,4 г/л (N: 2 – 4 г/л)

Амилаза

47 ЕД/л (N: 20 – 100 ЕД/л)

Повторное определение уровня тропонина с использованием высокочувствительных методов должно быть произведено через +__+ часов после появления симптомов или после первого определения, если нет точных сведений о времени появления симптомов

- 10-12
- 3-6
- 13-16
- 7-9

Учитывая жалобы, анамнез, данные физикальных, лабораторных и инструментальных методов обследования, пациентке можно поставить диагноз

- 10-12
- 3-6
- 13-16
- 7-9

Диагноз

Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

Ишемическая болезнь сердца: стенокардия III функционального класса

Дорсопатия грудного отдела позвоночника с выраженным мышечно-тоническим синдромом. Астено-депрессивный синдром

Ушиб мягких тканей левой верхней конечности. Синдром запястного канала

Основное заболевание у пациентки осложнилось развитием

- острой сердечной недостаточности Killip IV
- острой сердечной недостаточности Killip III
- нарушения ритма и проводимости
- кардиогенного шока

В данной клинической ситуации тактикой врача является

- экстренная госпитализация пациентки для проведения первичного чрескожного коронарного вмешательства
- лечение пациентки в амбулаторных условиях под наблюдением участкового врача
- плановая госпитализация пациентки в отделение неврологии или отделение, специализирующееся на лечении пациентов с дорсопатией
- плановая госпитализация пациентки в терапевтическое отделение для проведения курса метаболической терапии

При выполнении чрескожного коронарного вмешательства наиболее оправдано применение

- нефракционированного гепарина
- варфарина
- дабигатрана
- ривароксабана

Целевой уровень липопротеидов низкой плотности для данной пациентки должен составлять \leq + ___ + ммоль/л

- 1,4
- 2,5
- 3,0
- 4,0

Однократная нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты для пациентки составляет + ___ + мг

- 250
- 75
- 500
- 100

При отеке легких необходимо в/в введение

- альтеплазы
- тикагрелора
- фуросемида
- урапидила

Для подавления избыточной активности дыхательного центра при отеке легких показано введение

- нитропрусида натрия
- добутамина
- фуросемида
- морфина

Критерием успешного проведения тромболитической терапии является снижение сегмента ST более, чем на + _____ + % через + _____ + минут от начала введения фибринолитика

- нитропрусида натрия
- добутамина
- фуросемида
- морфина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Н. 72 лет обратилась к врачу.

Жалобы

На постоянные боли в области поясницы умеренной интенсивности, ноющие, усиливающиеся к вечеру.

Анамнез заболевания

На протяжении последних 10-12 лет отмечает быструю утомляемость спины, постоянные невыраженные боли в пояснице механического ритма. За последние 5-7 лет заметно уменьшилась в росте (со 165 до 158 см), появилась нарастающая сутулость. Переломов костей конечностей не было. Настоящий эпизод болей в поясничном отделе позвоночника возник остро, два месяца назад, после физической перегрузки (ухаживала за лежащим больным). Первоначально, в течение первых 2-3 недель, болевой синдром был выражен настолько значительно, что пациентка испытывала затруднения в повседневной активности, самостоятельно принимала нурофен до 800 мг/с в качестве обезболивания, с частичным эффектом. В настоящее время боли умеренной интенсивности.

Анамнез жизни

- * гипертоническая болезнь на протяжении 15 лет
- * вредные привычки отрицает
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергические реакции отрицает
- * гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, естественная, ГЗТ не получала
- * наследственность: у матери - перелом «шейки бедра» в возрасте 82 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Астенический конституциональный тип. Рост 158 см, масса тела 58 кг.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин.

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул: склонность к запорам.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Status localis: Кифосколиоз позвоночника. Мышц в области поясничных позвонков напряжены, болезненны при пальпации.

К минимально необходимым инструментальным методам исследования в данной ситуации относятся

- нитропрусида натрия
- добутамина
- фуросемида
- морфина

Результаты обследования

Рентгенография поясничного отдела позвоночника

Односторонняя вогнутая деформация L3 и L4 второй степени

Рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости

T-критерий L1-L4 -2,9

T-критерий Neck - 2,7

MPT поясничного отдела позвоночника

Рентгенография тазобедренного сустава

Сцинтиграфия костей скелета

Ультразвуковая денситометрия пяточной кости

В данной ситуации наряду с клиническим анализом крови необходимо определить уровень содержания в крови

- нитропрусида натрия
- добутамина
- фуросемида
- морфина

Результаты обследования

Уровень в крови кальция, фосфора, креатинина, щелочной фосфатазы, общего белка, 25(OH)D3

Все показатели в пределах нормы

Уровень в крови ферритина, сывороточного железа, Т3 свободного, ТТГ

Все показатели в пределах нормы

Уровень в крови СРБ, АЛТ, АСТ, остеопоэтина

Все показатели в пределах нормы

Уровень в крови кортизола, альдостерона, серотонина

Показатели в пределах нормы

Учитывая данные анамнеза, осмотра, результатов обследования, пациентке можно поставить диагноз

- нитропрусида натрия
- добутамина
- фуросемида
- морфина

Диагноз

Первичный постменопаузальный остеопороз. Компрессионный перелом L3, L4 позвонков

Остеохондроз позвоночника. Компрессионный перелом L3, L4 позвонков

Болезнь Форестье. Компрессионный перелом L3, L4 позвонков

Гиперпаратиреоз. Вторичный остеопороз. Компрессионный перелом L3, L4 позвонков

Выделяют следующие формы остеопороза

- **корректируемый, некорректируемый**
- **первичный, вторичный, третичный**
- **первичный, вторичный, распространенный**
- **первичный, вторичный**

Показанием для назначения модуляторов костной резорбции у женщин в постменопаузе, кроме уже возникшего спонтанного перелома, является

- **частые падения**
- **непереносимость препаратов кальция**
- **диагностика остеопороза по критериям ВОЗ при ДРА денситометрии**
- **дефицит витамина D**

В качестве немедикаментозной терапии пациенту с остеопорозом следует рекомендовать

- **избегать каких-либо физических упражнений**
- **физические нагрузки, включающие оздоровительный бег и прыжки со скакалкой**
- **физические нагрузки, включающие игру в волейбол или баскетбол**
- **физические нагрузки, включающие упражнения с нагрузкой весом тела, силовые упражнения, тренировку равновесия**

К мероприятиям по снижению риска падений у пациентов с остеопорозом относят

- **проведение коррекции зрения, оптимизацию принимаемой медикаментозной терапии**
- **ведение спокойного образа жизни с исключением физических нагрузок**
- **курсовое лечение препаратами из группы СИОЗС**
- **постоянный прием препаратов калия**

Пациенту с остеопорозом при переломе позвонков для уменьшения выраженности болевого синдрома следует назначить

- НПВП и миорелаксанты
- глюкокортикостероиды
- витамины группы В
- бисфосфонаты, терипаратид

Скрининг на остеопороз с помощью денситометрии должен проводиться всем

- женщинам и мужчинам после достижения 60 лет
- женщинам в постменопаузе независимо от наличия факторов риска
- женщинам и мужчинам в возрасте 60 лет при наличии факторов риска
- женщинам после достижения 55 лет

Диагноз остеопороза устанавливается

- у пациентов с типичными для остеопороза переломами только после выполнения денситометрии
- клинически на основании типичного для остеопороза перелома, перенесенного в возрасте старше 50 лет при незначительной травме или спонтанного, при исключении других причин перелома
- клинически на основании перелома любой кости у пациента старше 50 лет
- только по результатам денситометрии

В качестве скрининга для прогнозирования вероятности остеопоротических переломов следует использовать калькулятор

- DAS28
- FRAX
- MELD
- СКD-EPI

У пациента старшего возраста возможной причиной перелома позвонка при минимальной травме является

- DAS28
- FRAX
- MELD
- СКD-EPI

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 79 лет обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

На одышку при ходьбе на небольшое расстояние и подъёме по лестнице на 2 этаж, ощущение сердцебиения, общую слабость.

Анамнез заболевания

Дебют ИБС 15 лет назад в возрасте 64 года в виде инфаркта миокарда без зубца Q нижней локализации, выполнено первичное ЧКВ (стентирование правой коронарной артерии). Приступов стенокардии в настоящее время нет. + В течение 8 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, пароксизмы 1-2 раза в год. В течение последнего года отмечается постоянная форма фибрилляции предсердий. Антикоагулянтную терапию никогда не получал. + В течение 15 лет гипертоническая болезнь с максимальными цифрами АД 220/140 мм рт. ст. Адаптирован к АД 140/80 мм рт. ст., но в течение последнего года отмечает частые подъёмы АД свыше 160/90 мм рт. ст. + Постоянно принимает лизиноприл 20 мг 1 раз в день, бисопролол 10 мг 1 раз в день, розувастатин 20 мг 1 раз в день, ацетилсалициловую кислоту 100 мг 1 раз в день.

Анамнез жизни

- * вдовец, проживает с семьёй сына
- * сахарный диабет, туберкулёз, гепатит, бронхиальную астму отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * инвалид 2 группы
- * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 173 см, масса тела 76 кг. + Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отёков нет. + Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 19 в 1 мин. + Тоны сердца неритмичные, ЧСС 95 в 1 мин, пульс 74 в 1 мин, АД 167/93 мм рт. ст. + Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- DAS28
- FRAX
- MELD
- СКД-ЕРІ

Результаты инструментальных методов обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта: корень 2,9 см ($N \leq 3,3$), стенки уплотнены, кальцинированы. + Аортальный клапан трехстворчатый, створки уплотнены, амплитуда раскрытия

1,8 см ($N > 1,5$), кровоток 1,3 м/с ($N < 1,7$), регургитации нет. PGmax на АК 12,8 мм рт.ст. +

Толщина межжелудочковой перегородки 1,1 см ($N < 1,0$), толщина задней стенки 1,1 см ($N < 1,0$), иММЛЖ (ASE) 213,1 г/м², ИОТ 0,34. +

Левое предсердие: 5,2 см ($N \leq 3,8$), объём 110 мл ($N \leq 52$); индекс объёма ЛП 66,3 мл/м². +

Правое предсердие: 5,4 x 3,5 см, объём 58 мл ($N < 50$); индекс объёма ПП 34,9 мл/м². +

Левый желудочек: КДР 6,3 см ($N < 5,3$), КДО 183 мл, КДО/ППТ 107,6 мл/м², КСО 68 мл, УО 115 мл, ФВ 60% (mod. Simpson) ($N \geq 54$). +

Зоны нарушения локальной сократимости: некоторая асинергия МЖП, гипокинез нижней стенки ЛЖ на среднем уровне. +

Правый желудочек: переднезадний размер 3,1 см, стенка правого желудочка 0,47 см. +

Митральный клапан: створки уплотнены. +

Митральная регургитация 0-1 степени. +

Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, движение в противофазе, PGmax на ТК N мм рт. ст. Трикуспидальная регургитация 1 степени. +

Систолическое давление в ЛА 62 мм рт. ст. ($N < 30$). +

Легочная артерия: PGmax на ЛА N мм рт.ст. +

Легочная регургитация 0-1 степени. +

Диастолическая функция ЛЖ 1 стадии. +

Диаметр нижней полой вены 1,8 см ($N \leq 2,2$), индекс коллабирования более 50%. +

Перикард без особенностей. +

***Заключение*:** уплотнение стенок аорты, створок АК, МК, ТК. Значительная дилатация полости ЛЖ и ЛП. Умеренная дилатация полости ПП. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Глобальная систолическая функция ЛЖ сохранена. Нарушение локальной сократимости миокарда. Признаки клапанной дисфункции.

Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 стадии. Значительная легочная гипертензия.

Суточное мониторирование ЭКГ

Основной ритм: фибрилляция-трепетание предсердий. +

Средняя ЧСЖ – 97 уд/мин. +

Максимальная ЧСЖ – 173 уд/мин. +

Минимальная ЧСС – 62 уд/мин. +

Достоверно оценить динамику сегмента ST не представляется возможным. +

Зарегистрировано 189 одиночных желудочковых экстрасистол (менее 8 в час). +

Паузы (RR > 2000 мс) не зарегистрированы.

Проба с физической нагрузкой под контролем ЭКГ

Исходно: ЧСС 88 в 1 мин, АД 144/86 мм рт. ст. +

Нагрузка 25 Вт 2 минуты: ЧСС 133 в 1 мин, АД 162/97 мм рт. ст. +

Проба прекращена из-за усталости, общей слабости. Субмаксимальная ЧСС не достигнута. На ЭКГ – динамики сегмента ST нет. Толерантность к нагрузке низкая. +

***Заключение*:** проба не информативна (не доведена до диагностических критериев).

Суточное мониторирование АД

|=====

| Показатель | Результат | Норма

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. | 136 | <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. | 117 | <120

| Ночное снижение САД, % | 18 | 10–22

| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. | 73 | <80

| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. | 61 | <70

| Ночное снижение ДАД, % | 16 | 10–22

|=====

Рентгенография лёгких

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

- персистирующую
- впервые выявленную
- постоянную
- пароксизмальную

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует считать

- идиопатической
- осложнением тиреотоксикоза
- следствием гипокалиемии
- осложнением заболевания сердца

Согласно шкале CHA2DS2-VASc риск развития тромboэмболических осложнений у данного пациента составляет +__+ баллов

- 8
- 6
- 7
- 5

Согласно шкале HAS-BLED риск развития кровотечений у данного пациента составляет +__+ балла

- 1
- 3
- 4
- 2

Проведение постоянной медикаментозной профилактики тромboэмболических осложнений у данного пациента является

- обязательной
- не желательной
- возможной, но не обязательной
- возможной, но не желательной

При назначении антикоагулянтов данному пациенту, учитывая отсутствие опыта их приёма, следует отдать предпочтение

- новым оральным антикоагулянтам
- ацетилсалициловой кислоте
- антагонистам витамина К
- ингибиторам P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов

Учитывая предпочтение пациента принимать лекарство 1 раз в сутки, препаратом выбора является

- апиксабан
- ацетилсалициловая кислота
- дабигатрана этексилат
- ривароксабан

Доза ривароксабана у данного пациента 79 лет с массой тела 76 кг и клиренсом креатинина 42 мл/мин будет зависеть от

- массы тела
- возраста
- клиренса креатинина
- формы фибрилляции предсердий

Одновременное назначение ацетилсалициловой кислоты с пероральными антикоагулянтами с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента

- рекомендуется при отсутствии противопоказаний
- возможно, но не желательно
- не рекомендуется
- обязательно

Монотерапия ацетилсалициловой кислотой для профилактики инсульта у данного пациента

- рекомендуется при отсутствии противопоказаний
- рекомендуется из-за сопутствующей патологии
- не рекомендуется
- обладает преимуществами по эффективности и безопасности перед антикоагулянтной терапией

Контролировать функцию почек на фоне приёма антикоагулянтов у данного пациента с клиренсом креатинина 69 мл/мин следует как минимум

- рекомендуется при отсутствии противопоказаний
- рекомендуется из-за сопутствующей патологии
- не рекомендуется
- обладает преимуществами по эффективности и безопасности перед антикоагулянтной терапией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С., 76 лет, поступил в стационар для обследования и лечения.

Жалобы

- на одышку при умеренных физических нагрузках;
- на боли в левой половине грудной клетки, возникающие без четкой связи с физическими нагрузками;
- на эпизоды потери сознания при физических нагрузках.

Анамнез заболевания

- В течение жизни физические нагрузки переносил удовлетворительно, самостоятельно вёл домашнее хозяйство (живёт в сельской местности), однако около трех лет назад появилась одышка сначала при значительных, а затем и при умеренных физических нагрузках;
- к врачам не обращался, не обследовался;
- в течение последних 6 месяцев стали беспокоить боли в левой половине грудной клетки, которые возникали во время физических нагрузок, порой и в покое, эпизоды головокружений с потемнением в глазах, возникающие на пике нагрузки. За последний месяц дважды терял сознание на несколько минут.

Анамнез жизни

Образование 10 классов. Работал до 65 лет сварщиком.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. ИМТ 20,3 кг/м². Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Отеков голеней и стоп нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧД 20/мин. Тоны сердца звучные, ритм правильный, значительное усиление 2 тона во всех точках, отсутствие расщепления 2-го тона в области основания сердца, выслушивается грубый систолический шум во всех точках, максимально выраженный во втором межреберье справа от грудины. ЧСС 68 уд./мин., пульсация на периферических артериях прощупывается. АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под края реберной дуги.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- рекомендуется при отсутствии противопоказаний
- рекомендуется из-за сопутствующей патологии

- не рекомендуется
- обладает преимуществами по эффективности и безопасности перед антикоагулянтной терапией

Результаты обследования

ЭКГ

Эхокардиография

Полость левого желудочка КДР 3.7 см (N до 5.5 см). КДО 74 мл, КСО 28 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,8 мм (N до 1,0 см). ЗСЛЖ 1,4 см (N до 1,1 см). Глобальная сократительная функции ЛЖ не нарушена, ФВ 62%. Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая функция ЛЖ 1 типа. Полость правого желудочка: 2,1 см (N до 2,6 см). Левое предсердие: 60 мл. Правое предсердие: 24 мл. Межпредсердная перегородка без особенностей. Нижняя полая вена коллабирует после глубокого вдоха более, чем на 50 %. Митральный клапан: створки атеросклеротически уплотнены, митральная регургитация: I ст. Аортальный клапан: створки уплотнены, их расхождение снижено (1,1 см), при доплерографии - пиковая скорость кровотока 453 см/с через аортальный клапан, максимальный систолический градиент 82 мм рт. ст., средний градиент = 55 мм рт. ст., расчетная площадь отверстия аортального клапана 0,47 см², аортальная регургитация 1 ст. Трикуспидальный клапан: не изменен, ТР 0-1 ст. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, скорость кровотока 76 см/с, легочная регургитация 0-1 ст., СДЛА 30 мм рт. ст. Стенки аорты уплотнены. Жидкости в полости перикарда нет.

Заключение: камеры сердца не увеличены, глобальная и локальная сократимость ЛЖ удовлетворительная. Ассиметричная гипертрофия миокарда ЛЖ, преимущественно МЖП, без значимой обструкции выносящего тракта ЛЖ. Комбинированный аортальный порок с преобладанием стеноза, кальциноз АК.

Коагулограмма

АЧТВ 27 сек, ПТИ 93%, МНО 1,3; фибриноген 2,5 г/л

Эзофагогастродуоденоскопия

Поверхностный гастродуоденит

Исследование тиреоидных гормонов

ТТГ 2,0 мкМЕ/мл, Т4 св. 13,7 пмоль/л, Т3 св. 4,2 пмоль/л

Данному пациенту на основании полученных результатов обследования можно поставить диагноз

- рекомендуется при отсутствии противопоказаний
- рекомендуется из-за сопутствующей патологии
- не рекомендуется
- обладает преимуществами по эффективности и безопасности перед антикоагулянтной терапией

Диагноз

Приобретенный порок сердца: дегенеративный стеноз аортального клапана

Аортальный порок сердца: стеноз аортального клапана ревматической этиологии

Аортальный порок сердца: недостаточность аортального клапана дегенеративной этиологии

Митральный порок сердца: недостаточность митрального клапана ревматической этиологии

На ЭКГ регистрируется гипертрофия миокарда

- правого предсердия
- правого желудочка
- левого желудочка
- левого предсердия

На ЭКГ регистрируется нарушение проводимости в виде

- атриовентрикулярной блокады 1 степени
- атриовентрикулярной блокады 2 степени
- синоатриальной блокады 2 степени
- полной блокады левой ножки пучка Гиса

Для поздней стадии аортального стеноза типично

- изолированная систолическая гипертензия
- нормальное АД
- артериальная гипертензия
- артериальная гипотония

Типичными клиническими проявлениями аортального стеноза являются

- артериальная гипертензия и отеки
- симптом де Мюссе и “пляска каротид”
- артериальная гипертензия и гепатомегалия
- стенокардия и головокружение

Выслушиваемый у пациента систолический шум проводится

- в межлопаточную область
- в левую подмышечную область
- в правую подмышечную область
- на сонные артерии

Тяжёлый аортальный стеноз характеризуют изменением среднего трансклапанного градиента + _____ + мм рт. ст., и площади отверстия аортального клапана + _____ + см²

- менее 25 и 1,5
- более 40 и менее 1
- более 60 и более 0,5
- в пределах 25 - 40 и 1-1,5

Степень тяжести аортального стеноза у данного пациента

- легкая
- неопределённая
- умеренная
- тяжёлая

У пациента имеются признаки хронической сердечной недостаточности ___ стадии по классификации Стражеско-Василенко

- IIб
- I
- III
- IIа

Пациенту показано

- консервативное лечение
- хирургическое лечение
- наблюдение в течение 6 месяцев
- наблюдение в течение 12 месяцев

Пациентам, которым имплантирован механический клапан, рекомендуется пожизненный прием + _____ + для профилактики тромбоэмболических осложнений

- консервативное лечение
- хирургическое лечение
- наблюдение в течение 6 месяцев
- наблюдение в течение 12 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Осмотр врачом патронажной службы пациентки 79 лет.

Жалобы

Жалобы на интенсивные боли в стопах, усиливающиеся по ночам и немного

ослабевающие при ходьбе, онемение кончиков пальцев рук, ощущение покалывания и похолодания в голени.

Анамнез заболевания

Вышеперечисленные жалобы беспокоят около года, постепенно усиливаясь. Последние 3-4 месяца постоянно принимает нимесулид 100 мг. Сначала принимала его 1 раза в день. Сейчас вынуждена принимать 2 раза в день. Почти каждую ночь просыпается из-за боли. Интенсивность боли по НОШ (нумерологической оценочной шкале) оценила на 7 баллов. Онемение пальцев рук затрудняет обычную бытовую деятельность и уход за собой.

Анамнез жизни

Пациентка страдает сахарным диабетом 2-го типа на протяжении 24 лет. Длительное время принимала только метформин, при этом уровень глюкозы крови колебался в пределах 7.5-9.5 ммоль/л, гликированный гемоглобин 7.5-8,0%. Полгода назад к терапии был добавлен глимепирид, после чего уровень глюкозы стабилизировался на цифрах 6,5-7,0%, гликированный гемоглобин 7,0-7,5%. Около 22 лет страдает артериальной гипертензией, при обследовании был поставлен диагноз гипертоническая болезнь 2 степени, II стадии. Последние 5 лет ежедневно принимает 10 мг лизиноприла. На фоне этой терапии АД стабилизировалось на цифрах 130-140/80-90 мм рт. ст. 2 года назад в связи с повышенными показателями холестерина стала регулярно принимать розувастатин в дозе 10 мг/сутки. 7 лет назад пациентка упала на улице, был диагностирован перелом шейки левого бедра. С этого времени значительно снижена способность к передвижению. Пациентка длительное время не выходит на улицу, по квартире передвигается с трудом, держась за стены. Пациентка живет одна, уход за ней осуществляют работники социальной службы и сын, который приезжает 1 раз в неделю.

Месяц назад на дому был сделан анализ крови. Результат: гемоглобин 121 г/л, лейкоциты $6,6 \times 10^9$, СОЭ 14 мм/час, глюкоза 6,1 ммоль/л, общий холестерин 5,7 ммоль/л, креатинин 111,7 мкмоль/л.

Анализ мочи уд. вес 1012, лейкоциты 2-3 в п/зр, белок 0,099 г/л.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 85 кг, рост 163 см. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации лёгких выслушивается везикулярное дыхание. При аускультации сердца тоны приглушены, ритм правильный. Пульс 75 уд/мин, АД 135/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненно с двух сторон. Стул и диурез не нарушены. Пульсация на периферических артериях сохранена. Кожная температура не снижена.

Умеренно выраженная вальгусная деформация стоп. Кожа стоп сухая, на подошвенной поверхности пяток и над первым плюснофаланговым суставом участки гиперкератоза. На внутренней поверхности 1-го пальца левой стопы кожа незначительно гиперемирована с поверхностным изъязвлением. Стопы и голени пастозны. Тактильная чувствительность в области стоп и кистей снижена. Ногтевые пластинки утолщены, деформированы.

Выберите необходимые лабораторные обследования пациентки

- консервативное лечение

- хирургическое лечение
- наблюдение в течение 6 месяцев
- наблюдение в течение 12 месяцев

Результаты обследования

Определение липопротеидов низкой плотности

3,7 ммоль/л

Уровень гликированного гемоглобина

7,3%

Определение С-реактивного белка

24 мг/л

Определение уровня общего билирубина

11,9 МкМ/л

Определение уровня щелочной фосфатазы

59 Ед/л

Определение ТТГ

2,2 мЕд/л

Дополнительными данными осмотра, подтверждающими диагноз диабетической полинейропатии, являются

- определение температурной и вибрационной чувствительности
- определение мышечной силы при пассивном сгибании конечностей
- тест с шестиминутной ходьбой
- измерение артериального давления на нижних конечностях

Клиническая форма диабетической стопы, развившаяся у пациентки

- нейроишемическая
- стопа Шарко
- ишемическая
- нейропатическая

Интенсивность болевого синдрома пациентки

- слабая
- очень сильная
- сильная
- умеренная

Степень выраженности раневого дефекта

- 2
- 1
- 3
- 0

Формулировка диагноза основного заболевания, определяющего тяжесть состояния пациентки, следующая

- 2
- 1
- 3
- 0

Диагноз

Сахарный диабет 2 типа. Осложнения: диабетическая полинейропатия, периферическая форма. Диабетическая стопа, нейропатическая форма, трофическая язва 1-го пальца левой стопы. ХБП С3а, диабетическая нефропатия. Целевой уровень HbA1c 7,5%

Сахарный диабет 2 типа, компенсированный. Осложнения: диабетическая стопа, нейропатическая форма с болевым синдромом, трофическая язва 1-го пальца левой стопы. Диабетическая нефропатия среднетяжелого течения

Сахарный диабет 2 типа, компенсированный. Осложнения: диабетическая полинейропатия, болевая форма, диабетическая стопа, трофические нарушения 1-й степени, ХБП С3А, диабетическая нефропатия

Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень HbA1c 8,0%, Осложнения: диабетическая стопа, нейропатическая форма, трофическая язва 1-го пальца левой стопы. Хроническая почечная недостаточность

Больным старше 60 лет с нейропатической болью с целью купирования болевого синдрома целесообразно назначит

- карбамазепин
- НПВС
- опиоидные анальгетики
- антиконвульсанты

Наиболее эффективными препаратами адъювантной терапии при нейропатической боли являются

- миорелаксанты
- транквилизаторы
- противосудорожные средства
- витамины группы В

Основной рекомендацией немедикаментозной терапии пациентам с диабетической стопой является

- физиотерапевтическое лечение с использованием электрофореза и магнитотерапии
- применение лечебных грязей и ванн на основе минеральных вод
- разгрузка стопы с применением ортопедической обуви
- лечебная физкультура

Метод лечения трофических нарушений стопы

- промывание спиртовыми растворами
- применение антибактериальных мазей и гелей
- системное назначение антибактериальных препаратов
- наложение повязки с антисептиками

Необходимая коррекция базисной терапии

- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу лизиноприла до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- увеличить дозу розувастатина до 20 мг/сутки

Основная задача патронажной службы в профилактике прогрессирования синдрома диабетической стопы

- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу лизиноприла до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- увеличить дозу розувастатина до 20 мг/сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился на прием в поликлинику.

Жалобы

На снижение кратковременной памяти, быструю утомляемость, боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы. Боль появляется после прохождения 200 - 500 метров.

Анамнез заболевания

Снижение памяти отмечает постепенное, в течении года. Боли в икроножной мышце появились около 6 месяцев назад. Месяц назад упал дома, наступив на левую конечность, не почувствовав опоры, упал на бок. Травмы и переломы отрицает. В течение многих лет страдает гипертонической болезнью, артериальное давление не контролирует, гипотензивную терапию не принимает. Со слов пациента, во время диспансеризации год назад была выявлена гиперхолестеринемия, гиполипидемическую терапию не принимает.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Проживает один в 2-х комнатной квартире на 3-ем

этаже 5-ти этажного дома без лифта. Пенсионер, раньше работал токарем. Курит по пачке сигарет в день, в течении 40 лет. Холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни в 2001 году. Инфарктов миокарда, инсультов не было.

Объективный статус

Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 4 балла. Рост 175 см, масса тела 60 кг. ИМТ - 19.6 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, шумы над областью сердца, сонных артерий не выслушиваются. ЧСС 72 в 1 мин. АД- 160/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу лизиноприла до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- увеличить дозу розувастатина до 20 мг/сутки

Результаты лабораторных методов обследования

Определение липидного профиля

|=====

^ Наименование	Результат	Ед. изм.	Нормы
Холестерин общий	7,0	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	1,50	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	0,99	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,75	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	4,6	ммоль/л	(0,00-3,3)

|=====

Общий анализ крови

|=====

^ Наименование	Результат	Нормы
Гемоглобин	156,0	130,0-160,0
Гематокрит	44,2	35,0-47,0
Лейкоциты	7,56	4,00-9,00
Эритроциты	5,63	4,00-5,70
Тромбоциты	320,0	150,0-320,0
Ср. объем эритроцита	95,3	80,0-97,0
Ср. содерж. гемоглобина	33,2	28,0-35,0

| Ср. конц. гемоглобина | 341 | 330-360
| Лимфоциты | 47,6 | 17,0-48,0
| Моноциты | 8,6 | 2,0-10,0
| Нейтрофилы | 53,7 | 48,00-78,00
| Эозинофилы | 4,0 | 0,0-6,0
| Базофилы | 0,4 | 0,0-1,0
| СОЭ | 22 | 2-20

|=====

Общий анализ мочи

|=====

^| Наименование | Результат
| Прозрачность | Прозрачная
| Цвет | Соломенно-желтый
| Относительная плотность (удельный вес) | 1,018
| Реакция мочи | рН 5,7
| Белок | 0,03 ммоль/л
| Глюкоза | Отсутствуют
| Кетоновые тела | Отсутствуют
| Эритроциты | 0-1 в поле зрения
| Лейкоциты | 0-3 в поле зрения
| Эпителий | 3-5 в поле зрения
| Цилиндры | Отсутствуют
| Бактерии | Отсутствуют
| Кристаллы | Отсутствуют
| Слизь | Отсутствуют
| Оксалаты | Отсутствуют

|=====

Определение уровня простатического специфического антигена

4,1 нг/мл (норма до 70 лет – 4,1-4,5 нг/мл)

Определение уровня тропонина I

4 мкг/л (норма Тн I < 10 мкг/л)

Определение уровня антител к циклическому цитрулированному пептиду

0,2 Ед/мл – (норма 0-2 Ед/мл)

Обязательное обследование для установления диагноза старческой астении на данном этапе включает

- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу лизиноприла до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- увеличить дозу розувастатина до 20 мг/сутки

Результаты обследования

Скрининг когнитивных нарушений с использованием теста «Мини-ког»

Воспроизведение слов: 2 из 3

Тест рисования часов: 1 балл

Результат теста: 3 балла

Выполнение краткой батареи тестов физического функционирования

Тест на равновесие: в полутандемном положении стоп 8,5 с

Скорость ходьбы на 4 м: 0,72 м/с

Тест с 5 подъемами со стула: 13,6 с

Оценка по шкале спутанности сознания

Делирия нет

Тест «Встань и иди»

10,3 с

Рентгенография органов грудной клетки

В легочных полях без видимых очаговых и инфильтративных теней; Корни не расширены, структурны. Контуры диафрагмы и реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Сердечная тень обычной конфигурации. Мягкие ткани без особенностей.

Рентгенография черепа

Патология не выявлена

С учетом полученных данных, дальнейшее обследование включает

- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу лизиноприла до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- увеличить дозу розувастатина до 20 мг/сутки

Результаты обследования

Проведение комплексной гериатрической оценки

Краткая шкала оценки питания 25/30 балла

Инструментальная активность по шкале Лоутон 7/8 баллов

Базовая функциональная активность по шкале Бартел 90/100 баллов

Монреальская шкала оценки когнитивных функций 26/30 баллов

Гериатрическая шкала депрессии 3/15 балла

Выполнение эхокардиографии

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки 9 мм, межжелудочковой перегородки 10 мм. Зоны с нарушением локальной сократимости не выявлены. ФВ ЛЖ 60%.

Ультразвуковое цветное дуплексное сканирование артерий нижних конечностей

Атеросклероз брюшной аорты и артерий нижних конечностей. Умеренный стеноз 60% левой поверхностной бедренной артерии. Умеренный стеноз 55% левой нижней подколенной артерии

Пульсоксиметрия

SpO₂ 98%

У больного имеется метаболическое нарушение в виде

- сахарного диабета

- дислипидемии
- гиперурикемии
- метаболического алкалоза

Для дальнейшей оценки и ведения пациента в мультидисциплинарную команду необходимо включить

- врача-офтальмолога
- врача-кардиолога
- сосудистого хирурга
- врача-невролога

Данному пациенту показано назначение

- никотиновой кислоты
- эзетимиба
- статинов
- фибратов

У данного пациента липидснижающую терапию статинами рекомендуется начинать

- с высоких доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня
- в комбинации с эзетимибом
- с низких доз, с постепенным увеличением дозы до достижения целевого уровня
- со средних доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту также показано назначение

- антиаритмической терапии
- антикоагулянтов
- антиангинальных препаратов
- антиагрегантной терапии

Эффективной альтернативой применения ацетилсалициловой кислоты у данного пациента является приём

- варфарина (5мг в день)
- ривароксабана (20 мг в день)
- дабигатрана (110 мг 2 раза в сутки)
- клопидогрела (75 мг в день)

В качестве первоначальной формы лечения пациенту рекомендована программа

- включающая только занятия в бассейне
- физических упражнений под медицинским наблюдением
- самостоятельных физических тренировок
- с максимальным ограничением физической активности

У пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей и артериальной гипертензией при выборе антигипертензивных препаратов предпочтение следует отдавать

- антагонистам кальция, ингибиторам АПФ или блокаторам рецепторов ангиотензина
- бета-блокаторам, диуретикам
- диуретикам, препаратам центрального действия
- препаратам центрального действия, бета-блокаторам

Модифицируемым фактором риска, выявленным при первичном осмотре у данного пациента, является

- антагонистам кальция, ингибиторам АПФ или блокаторам рецепторов ангиотензина
- бета-блокаторам, диуретикам
- диуретикам, препаратам центрального действия
- препаратам центрального действия, бета-блокаторам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 76 лет поступила по скорой медицинской помощи в отделение хирургии.

Жалобы

На

- * сухость во рту;
- * жажду;
- * частое мочеиспускание;
- * снижение массы тела на 4 кг за последние 6 месяцев;
- * жжение наружных половых органов;
- * одышку при физической нагрузке;
- * боли в нижних конечностях, возникающие при ходьбе и проходящие в покое;
- * длительно незаживающий язвенный дефект I пальца правой стопы.

Анамнез заболевания

- * Жалобы на сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание появились около 3 лет назад.
- * Язвенный дефект I пальца правой стопы возник 1 год назад, проводились перевязки язвенного дефекта с раствором Мирамистина, без клинически значимого эффекта.
- * Около 3 месяцев назад впервые возникло жжение наружных половых органов.

* Самостоятельно принимала Фуразидин 100 мг х 3р/день в течение 10 дней без эффекта.

Анамнез жизни

* Инфаркт миокарда, ОНМК – отрицает.

* Длительное время отмечается повышение артериального давления с максимальными подъёмами до 180/100 мм рт. ст., принимает Эналаприл 10 мг утром. На этом фоне АД утром 130/90 мм рт. ст., АД вечером 110/80мм рт. ст.

Объективный статус

Общее состояние: относительно удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Рост 173 см. Масса тела 82,0 кг. ИМТ 27,4 кг/м² (Избыточная масса тела). +

Кожные покровы: физиологической окраски, чистые, умеренно влажные. Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена равномерно. Отеки голеней и стоп не определяются. +

Сердечно-сосудистая система: АД справа 135/80 мм рт. ст., частота пульса 76 в мин., аускультация сердца - тоны ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. +

Органы дыхания: аускультация легких - дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, перкуссия легких - звук легочный, ЧДД 14 в мин. +

Органы пищеварения: живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени пальпируется по краю реберной дуги, безболезненный. Стул - регулярный, оформленный. +

Мочевыделительная система: мочеиспускание - свободное, безболезненное, симптом поколачивания - отрицательный с обеих сторон. Диурез - в норме. +

Status localis: кожа стоп и голеней бледная, сухая. Пульсация артерий стоп: справа – не определяется, слева – ослаблена. На задней поверхности I пальца правой стопы определяется акральная сухая некроз, размерами 0,5x1 см. + Вибрационная чувствительность на медиальной лодыжке 5-6 ед. Тактильная чувствительность снижена. Температурная чувствительность снижена. Кровоток артерий стоп а. tibialis post. магистральный. Кровоток артерий стоп а. dorsalis pedis слева – магистральный, справа - коллатеральный.

Для подтверждения диагноза сахарного диабета больной необходимо определение

- антагонистам кальция, ингибиторам АПФ или блокаторам рецепторов ангиотензина
- бета-блокаторам, диуретикам
- диуретикам, препаратам центрального действия
- препаратам центрального действия, бета-блокаторам

Результаты обследования

Уровень глюкозы крови

|====
| Глюкоза крови | 14.3 | ммоль/л | 3.3-6.1
|====

Уровень гликированного гемоглобина

|=====

| Гликированный гемоглобин | 8,3% | ммоль/л | <6.5%

|=====

Глюкоза в ходе орального глюкозотолерантного теста

Инсулин

|=====

| Показатель | Значение | Ед.изм. | Норма

| Инсулин | 8 | МкЕД/мл | 2.7-10.4

|=====

С-пептид

|=====

| Показатель | Значение | Ед.изм. | Норма

| С-пептид | 1.1 | нг/мл | 0.9-7.1

|=====

Заболевание артерий нижних конечностей подтверждается при наличии

- антагонистам кальция, ингибиторам АПФ или блокаторам рецепторов ангиотензина
- бета-блокаторам, диуретикам
- диуретикам, препаратам центрального действия
- препаратам центрального действия, бета-блокаторам

Результаты обследования

Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) менее 0,9

Лодыжечно-плечевой индекс – 0,62

Наличие некротических раневых дефектов, ишемической гангрены пальцев и стопы

У пациентки имеются признаки сухого некроза (гангрены) на задней поверхности I пальца правой стопы

Магистральный кровоток по данным УЗДГ артерий нижних конечностей

Магистральный тип кровотока. Общая бедренная артерия.

Значение транскутанной оксиметрии

Левая стопа 38-44 мм рт.ст., правая стопа – менее 15 мм рт.ст. +

тср02 считается 50-60 мм рт. ст., пограничным - 30±10 мм рт

Стеноз общей бедренной артерии до 65% по данным рентгеноконтрастной ангиографии

Стеноз левой общей бедренной артерии до 65%.

Выявление несостоятельности клапанов большой подкожной вены бедра

Глубокие и поверхностные вены обеих нижних конечностей проходимы, без признаков тромбоза. Клапаны состоятельны.

Учитывая возраст пациентки (76 лет), наличие жалоб на сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, снижение массы тела на 4 кг за последние 6 месяцев, жжение наружных половых органов, гликемию 14,3 ммоль/л и уровень гликированного гемоглобина 8,3% по данным биохимического анализа крови, пациентке можно поставить диагноз

- антагонистам кальция, ингибиторам АПФ или блокаторам рецепторов ангиотензина
- бета-блокаторам, диуретикам
- диуретикам, препаратам центрального действия
- препаратам центрального действия, бета-блокаторам

Диагноз

Сахарный диабет 2 типа

Сахарный диабет 1 типа

Несахарный диабет

Первичный гипотиреоз

Основными клиническими признаками ишемической формы синдрома диабетической стопы у больной являются

- акральные некрозы, перемежающаяся хромота, отсутствие пульсации на артериях правой стопы
- высокие значения гликемии и гликозилированного гемоглобина
- наличие сахарного диабета и артериальной гипертензии
- снижение массы тела в течение последних месяцев

При назначении сахароснижающей терапии данной пациентке следует ориентироваться на уровень

- С-пептид
- инсулин
- гликированного гемоглобина
- общий белок

Учитывая возраст пациентки, тяжесть состояния и наличие сопутствующей патологии, рекомендована сахароснижающая терапия

- метформин
- пиоглитазон
- глимепирид
- инсулинами

Учитывая наличие акрального некроза I пальца правой стопы, рекомендовано

- разрешение критической ишемии, проведение хирургической обработки язвенного дефекта
- использование асептической повязки, стимулирующей аутолиз; промывание раны раствором антисептика после отторжения некротических тканей
- выполнение нерадикальной хирургической обработки раны до реваскуляризации
- удаление всех некротически измененных тканей с последующим использованием повязки, стимулирующей аутолиз

После завершения хирургического лечения по поводу некроза I пальца правой стопы и достижения целевых показателей гликемии целесообразным способом коррекции сахароснижающей терапии является

- замена инсулина ультракороткого действия пероральными сахароснижающими препаратами, не увеличивающими риск гипогликемий
- замена инсулинотерапии препаратами из группы меглитинидов
- замена инсулинотерапии препаратами сульфонилмочевины
- замена инсулинотерапии препаратами из группы ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа

Учитывая возраст пациентки, наиболее целесообразно к инсулину длительного действия добавить Метформин и/или

- тиазолидиндион
- агонист рецептора глюкагоноподобного пептида-1
- ингибитор дипептидилпептидазы-4
- препарат сульфонилмочевины

Целевое значение гликированного гемоглобина устанавливается на основании возраста пациента, функциональной зависимости от окружающих, наличия атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и

- риска тяжелой гипогликемии
- постпрандиальной гликемии
- уровня холестерина ЛПНП
- пола пациента

Учитывая наличие жалоб на жжение наружных половых органов, рекомендовано проведение + _____ + , и в случае + _____ + показана инициация

- анализа мочи на кетонурию; положительного анализа; терапии ингибиторами НГЛТ 2 типа
- общеклинического анализа крови; повышения гематокрита; инфузионной терапии кристаллоидами
- общего анализа мочи; наличия инфекции мочевыводящих путей; инсулинотерапии
- общего анализа мочи; подтверждения наличия инфекции мочевыводящих путей; антибактериальной терапии

Целевое значение уровня гликированного гемоглобина для данной пациентки должно быть

- анализа мочи на кетонурию; положительного анализа; терапии ингибиторами НГЛТ 2 типа
- общеклинического анализа крови; повышения гематокрита; инфузионной терапии кристаллоидами
- общего анализа мочи; наличия инфекции мочевыводящих путей; инсулинотерапии
- общего анализа мочи; подтверждения наличия инфекции мочевыводящих путей; антибактериальной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В эндокринологический стационар госпитализирована пациентка 85 лет в связи с повышением гликемии до 18,1 ммоль/л. Анамнез собран со слов дочери ввиду наличия тяжелых когнитивных нарушений.

Жалобы

на

- * слабость;
- * боли в ногах.

Анамнез заболевания

18 лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа. На момент госпитализации принимает Метформин 1000 мг утром и вечером, Глибенкламид 1,75 мг утром. Контроль гликемии 1 раз в неделю. В течение последних 6 месяцев отмечается повышение уровня глюкозы в крови до 15-19 ммоль/л. Лекарственные препараты принимает под контролем дочери.

Анамнез жизни

- * Артериальная гипертензия в течение 30 лет. При ежедневном контроле артериального давления фиксируются значения 130-140/85 мм рт. ст. на фоне ежедневного приема антигипертензивных препаратов.
- * 6 лет назад перенесла инфаркт миокарда, аортокоронарное шунтирование.

* В остром периоде инфаркта впервые зарегистрирована фибрилляция предсердий, с того времени наблюдается постоянная форма.

* 2 года назад перенесла ОНМК по ишемическому типу. Левосторонний гемипарез. Дизартрия.

* На момент госпитализации принимает Рамиприл 10 мг утром, Амлодипин 10 мг утром, Бисопролол 5 мг утром, Ацетилсалициловую кислоту 100 мг вечером, Розувастатин 20 мг на ночь.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Рост 165 см. Масса тела 78 кг. ИМТ 28,7 кг/м². +

Кожные покровы: бледные, умеренно влажные. Отмечается атрофия мышц и подкожно-жировой клетчатки, особенно в левых конечностях. Молочные железы при пальпации без патологии. +

Сердечно-сосудистая система: АД справа 150/85 мм рт. ст., пульс аритмичный, около 70 уд/ мин., аускультация сердца - тоны аритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. +

Органы дыхания: аускультация легких - дыхание жесткое, проводится во все отделы, в нижних отделах легких выслушиваются сухие хрипы, перкуссия легких - звук легочный, ЧДД 14 в мин. +

Органы пищеварения: живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени на 2 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненный. Стул - регулярный, оформленный. +

Мочевыделительная система: мочеиспускание - свободное, безболезненное, симптом поколачивания - отрицательный с обеих сторон. +

Status localis: кожа стоп и голеней бледная, сухая. Пульсация артерий стоп сохранена. Вибрационная чувствительность на медиальной лодыжке 5-6 ед. Тактильная чувствительность снижена. Температурная чувствительность снижена. Кровоток артерий стоп а. tibialis post. магистральный. Кровоток артерий стоп а. dorsalis pedis слева – магистральный, справа - коллатеральный.

Перед коррекцией сахароснижающей терапии необходимо исследование

- анализа мочи на кетонурию; положительного анализа; терапии ингибиторами НГЛТ 2 типа
- общеклинического анализа крови; повышения гематокрита; инфузионной терапии кристаллоидами
- общего анализа мочи; наличия инфекции мочевыводящих путей; инсулинотерапии
- общего анализа мочи; подтверждения наличия инфекции мочевыводящих путей; антибактериальной терапии

Результаты обследования

Гликированный гемоглобин

Гликированный гемоглобин (NGSP) 11.6%⁴⁻⁶

Креатинин крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации

|=====

| Показатель | Значение | Ед.изм. | Норма
| Креатинин | 106.8> | мкмоль/л | 50-98

|=====

СКФ (по СКД-ЕРІ): 41 мл/мин/1,73 м²

Общий белок

|=====

| Показатель | Значение | Ед.изм. | Норма
| Белок общий | 64 | г/л | 64-83

|=====

АЛТ

|=====

| Показатель | Значение | Ед.изм. | Норма
| АЛТ | 15 | Ед/л | 0-55

|=====

Холестерин общий

|=====

| Показатель | Значение | Ед.изм. | Норма
| Холестерин общ | 3.34 | ммоль/л | 3.3-5.2

|=====

Общеклинический анализ крови

|=====

| Показатель | Значение | Ед.изм. | Норма
| Лейкоциты (кровь) | 5.62 | 10⁹ кл/л | 3.4-10.8
| - нейтрофилы (%) | 55.2 | % | 39-75
| - лимфоциты (%) | 34 | % | 16.9-47.9
| - моноциты (%) | 8.5 | % | 5-12.5
| - эозинофилы (%) | 1.8 | % | 0.2-5.4
| - базофилы (%) | 0.5 | % | 0-1
| - нейтрофилы (абс) | 3.1 | 10⁹ кл/л | 1.5-6.8
| - лимфоциты (абс) | 1.91 | 10⁹ кл/л | 1.1-3.4
| - моноциты (абс) | 0.48 | 10⁹ кл/л | 0.3-1
| - эозинофилы (абс) | 0.1 | 10⁹ кл/л | 0-0.4
| - базофилы (абс) | 0.03 | 10⁹ кл/л | 0-0.1
| Эритроциты (кровь) | 4.66 | 10¹² кл/л | 3.8-5.2
| Гемоглобин | 106 | г/л | 112-153
| Гематокрит (%) | 31.4 | % | 35-46
| Ср.объем эритроцитов (MCV) | 78.5 | фл | 82-98
| Ср.сод.гемоглобина в эритроц. (MCH) | 24.7 | пг | 27-34
| Ср.конц.гемоглобина в эритроц.(MCHC) | 300 | г/л | 314-356
| Индекс распр. эритроц.(RDW) | 13.3 | % | 11.6-16.5
| Тромбоциты | 271 | 10⁹ кл/л | 152-372

| Ср.объем тромбоцитов (MPV) | 10.8 | фл | 9-12.2
| Тромбокрит (PCT) | 0.29 | % | 0.17-0.38
| Индекс распр.тромбоцитов (PDW) | 14.4 |
| 9.7-16.7
| СОЭ | 15 | мм/час | 2-30
|====

Дополнительными инструментальными исследованиями, необходимыми для проведения скрининга макрососудистых осложнений сахарного диабета, являются

- анализа мочи на кетонурию; положительного анализа; терапии ингибиторами НГЛТ 2 типа
- общеклинического анализа крови; повышения гематокрита; инфузионной терапии кристаллоидами
- общего анализа мочи; наличия инфекции мочевыводящих путей; инсулинотерапии
- общего анализа мочи; подтверждения наличия инфекции мочевыводящих путей; антибактериальной терапии

Результаты обследования

Электрокардиография

Фибрилляция предсердия. Нормосистолический вариант.

УЗДС артерий нижних конечностей

УЗДС артерий нижних конечностей. Определяются множественные атеросклеротические бляшки. В правой подколенной артерии визуализируется атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет сосуда на 80%.

Коронароангиография

На снимке визуализируется наличие стеноза правой коронарной артерии.

УЗИ сосудов почек с доплерографией сосудов почек.

Почки типично расположены, обычной формы, несколько уменьшены в размерах. Дифференциация мозгового и коркового вещества сохранена с обеих сторон. Кисты синусов обеих почек. Конкрементов не выявлено. При доплерографии почечных артерий нарушений кровотока не выявлено.

УЗИ вен нижних конечностей

Глубокие и поверхностные вены обеих нижних конечностей проходимы, без признаков тромбоза. Клапаны состоятельны.

Фибрилляция предсердий подтверждается наличием

+ _____ + по данным ЭКГ

- полиморфных мелких волн f
- депрессии сегмента ST

- удлинения интервала QT
- двухфазного зубца T в отведении V1

На основании жалоб, данных анамнеза, результатов лабораторного и инструментального обследования пациентке может быть установлен диагноз

- полиморфных мелких волн f
- депрессии сегмента ST
- удлинения интервала QT
- двухфазного зубца T в отведении V1

Диагноз

Основное заболевание: сахарный диабет 2 типа.

Сочетанное заболевание: Гипертоническая болезнь 3 степени, III стадии, риск 4.

Осложнения: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. АКШ. Постоянная форма фибрилляции предсердий. ЦВБ: остаточные явления после перенесенного ОНМК по ишемическому типу (левосторонний гемипарез, дизартрия).

Облитерирующий атеросклероз правой подколенной артерии. ХБП с 3б

Основное заболевание: гипертоническая болезнь 3 степени, III стадии, риск 4. Осложнения основного заболевания: ХИГМ: остаточные явления после перенесенного ОНМК по ишемическому типу. Левосторонний гемипарез. Дизартрия. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. АКШ. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа

Основное заболевание: сахарный диабет 2 типа.

Сопутствующие заболевания: ХИГМ: остаточные явления после перенесенного ОНМК по ишемическому типу. Левосторонний гемипарез. Дизартрия. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. АКШ. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Артериальная гипертензия 3 степени, 3 стадии, риск 4

Основное заболевание: сахарный диабет 2 типа.

Осложнения основного заболевания: ХИГМ: остаточные явления после перенесенного ОНМК по ишемическому типу. Левосторонний гемипарез. Дизартрия. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. АКШ. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Артериальная гипертензия 3 степени, 3 стадии, риск 4

С учетом пожилого возраста пациентке рекомендована отмена

- метформина

- рамиприла
- глибенкламида
- розувастатина

С целью коррекции гликемии у данной пациентки, учитывая возраст 85 лет и СКФ = 41 мл/мин/1,73 м², превышение целевого уровня гликированного гемоглобина более 1,5%, к терапии метформином целесообразнее добавить

- инсулинотерапию
- препараты сульфонилмочевины
- препараты акарбозы
- тиазолиндионы

Схема инсулинотерапии у данной пациентки, учитывая неспособность к самообслуживанию и когнитивные нарушения, должна быть представлена

- инсулинами ультракороткого действия
- инсулинотерапией в базис-болюсном режиме с подсчетом количества съеденных углеводов по системе «хлебных единиц»
- монотерапией инсулином длительного действия
- готовой комбинацией аналога инсулина сверхдлительного действия и аналога инсулина ультракороткого действия

Целевой уровень гликированного гемоглобина у данной пациентки должен быть

- менее 7,5%
- не менее 8,5%
- менее 8,5%
- менее 7,0%

Учитывая наличие фибрилляции предсердий пациентке показан расчет + _____ + по формуле

- оценки риска кровотечений в период госпитализации; CRUSADE
- риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение ближайших 10 лет; SCORE
- риска тромбэмболических осложнений; CHA2DS2-VASc
- оценки тяжести состояния пациента; NEWS

Риск тромбэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc у пациентки 85 лет, страдающей сахарным диабетом, артериальной гипертензией, атеросклерозом артерий нижних конечностей, перенесшей инфаркт миокарда и ишемический инсульт составляет + __ + баллов

- 8

- 5
- 10
- 6

Для уменьшения риска тромбоэмболических осложнений больной с индексом CHA2DS2-VASc 8 баллов показана терапия

- аспирином
- апиксабаном
- варфарином
- клопидогрелем

Длительное применение Метформина может привести к развитию

- аспирином
- апиксабаном
- варфарином
- клопидогрелем

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 78 лет обратился к врачу общей практики в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На невозможность разогнуть IV-V пальцы правой кисти, в области подошвы отмечает плотные узлы по ходу III плюсневой кости, в виде «мозоли».

Анамнез заболевания

Со слов пациента, около восьми лет назад в области ладони появился плотный безболезненный узел на уровне средней трети ладони, постепенно превратившийся в плотный тяж, иногда появляющееся чувство скованности в области IV-V пальцев правой кисти. Постепенно тяжи распространялись на фаланги IV-V пальцев, и пальцы «согнулись» и не разгибаются.

Анамнез жизни

* Страдает ИБС: стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа,

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имел

* аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, Рост 168 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 145/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Местный статус

Кожные покровы правой кисти обычной окраски и влажности, по ладонной поверхности на уровне IV-V пястных костей с переходом на основную и среднюю фалангу определяются плотные рубцовые тяжи, ориентированные в продольном направлении. При пальпации определяется умеренная болезненность в этой области, активные и пассивные движения в IV-V пальцах ограничены. Разгибание в пределах 90° в пястно-фаланговом суставе и проксимальном межфаланговом суставе. Сгибание в полном объеме. Функция захвата и сила кисти снижены. Кровоснабжение и чувствительность в этих пальцах сохранены.

К обязательным в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- аспирином
- апиксабаном
- варфарином
- клопидогрелем

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография кисти в прямой и боковых проекциях на стороне поражения

Рентгенограмма

Рентгенография IV пальца правой кисти

Проведение рентгенографии IV пальца правой кисти невозможно в связи с отсутствием функции разгибания IV-V пальцев (невозможно выполнить укладку)

Ультрасонография правой кисти

Имеются уплотнения по ходу сухожилий IV-V пальцев правой кисти.

Сцинтиграфия с солями технеция

Характер распределения препарата не позволяет исключить усиление скопления препарата в области уплотнения по ходу IV-V пястных костей по ладонной поверхности. Также нельзя исключить мягкотканное образование в области ладони.

Обязательными лабораторными исследованиями, показанными для постановки клинического диагноза, являются

- аспирином
- апиксабаном
- варфарином
- клопидогрелем

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

|====

Показатель	Результат	Ед.изм.	Норма
Лейкоциты	5.62	10^9 кл/л	3.4-10.8
-- нейтрофилы	55.2	%	39-75
-- лимфоциты	34	%	16.9-47.9
a -- моноциты	8.5	%	5-12.5
-- эозинофилы	1.8	%	0.2-5.4
-- базофилы	0.5	%	0-1
Эритроциты	4.66	10^{12} кл/л	3.8-5.2
Гемоглобин	149	г/л	112-153
Гематокрит	39.4	%	35-46
Ср.объем эритроцитов (MCV)	84.5	фл	82-98
Ср.сод.гемоглобина в эритроц. (MCH)	30.7	пг	27-34
Ср.конц.гемоглобина в эритроц. (MCHC)	347	г/л	314-356
Тромбоциты	289	10^9 кл/л	152-372
СОЭ	10	мм/час	2-30

=====

С-реактивный протеин

С-РБ = 4 (норма 0-5 мг/л)

Ревматоидный фактор

РФ = 10 МЕ/мл (норма до 14 МЕ/мл)

Общий анализ мочи

=====

Показатели	Значение
количество	172 мл
цвет	соломенный
прозрачность	полная
плотность	1.022
рН	5.7
белок	0.03 г/л
глюкоза	отсутствует
билирубин	отсутствует
уробилиноген	следы
кетоновые тела	отсутствуют
эритроциты	1 в поле зрения
лейкоциты	2 в поле зрения
эпителий	Единичные клетки плоского и переходного эпителия в поле зрения
цилиндры	Единичные гиалиновые цилиндры в поле зрения

=====

Гликированный гемоглобин

Гликированный гемоглобин (HbA1c) 4,6% (норма 4-6%)

Ферритин

100 мкг/л (норма мужчины 21 — 200 мкг/л)

Обязательным компонентом биохимического анализа крови, необходимым для постановки клинического диагноза, является

- аспирином

- аписабаном
- варфарином
- клопидогрелем

Результаты обследования

Мочевая кислота

Мочевая кислота 331.74 мкмоль/л(норма 142-339)

Общий холестерин

Холестерин общ 5.34 ммоль/л (норма 3.3-5.2)

Креатинин

Креатинин 107 мкмоль/л (норма 50-115)

Мочевина

Мочевина 6,8ммоль/л (норма 3.5-7.2)

Показанием к направлению к гериатру в данном случае является пожилой возраст больного и

- снижение силы кисти
- наличие сопутствующих соматических заболеваний
- длительный анамнез заболевания
- отсутствие признаков воспалительного процесса по данным лабораторных исследований

С учетом жалоб, анамнеза, результатов осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования больному может быть установлен клинический диагноз

- снижение силы кисти
- наличие сопутствующих соматических заболеваний
- длительный анамнез заболевания
- отсутствие признаков воспалительного процесса по данным лабораторных исследований

Диагноз

Контрактура Дюпюитрена

Подагра

Ревматоидный артрит

Посттравматическая контрактура

Выявленное у больного формирование сгибательной контрактуры пальца IV с ограничением разгибания в пределах 90° соответствует +__+ стадии заболевания

- III

- IV
- I
- II

**Больному с контрактурой Дюпюитрена II степени показано + _____ +
лечение**

- оперативное
- медикаментозное
- химиотерапевтическое
- физиотерапевтическое

Радикальным способом хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена считается

- ампутация IV пальца кисти
- иссечение рубцово-измененного ладонного апоневроза
- ампутация кисти
- пересечение рубцов ладонного апоневроза на нескольких уровнях

В случае выявления противопоказаний к радикальному оперативному вмешательству пациенту будет показана паллиативная операция в виде

- ампутация IV пальца кисти
- тенолиз сухожилий разгибателей
- ампутация кисти
- пересечения рубцово-измененного ладонного апоневроза

Пожилые пациенты с контрактурой Дюпюитрена требуют тщательного комплексного обследования, так как для этого заболевания характерны сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы в виде

- ревматизма
- врожденных пороков сердца
- гипертонической болезни
- болезни Такааясу

На I стадии контрактуры Дюпюитрена, с целью замедления прогрессирования, на область поражения назначают

- новокаиновую блокаду
- обкалывание ботулотоксином
- инъекции хондропротектора
- ультрафонофорез гидрокортизона

Возможным ятрогенным осложнением оперативного лечения синдрома Дюпюитрена может стать

- новокаиновую блокаду
- обкалывание ботулотоксином
- инъекции хондропротектора
- ультрафонофорез гидрокортизона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 65 лет обратился к врачу с болями в суставах.

Жалобы

Боли, отёчность в области лучезапястных и II - III пястно-фаланговых суставов обеих кистей, коленных суставов, скованность в кистях рук, в плечевых суставах по утрам, боли в области оснований пальцев стоп при наступании.

Анамнез заболевания

Заболел два месяца назад. Начало заболевания с остро возникшего отёка правого коленного сустава, повышения температуры тела до 37,5°C. Состояние регрессировало самопроизвольно через три дня. Но в дальнейшем стал отмечать постепенное появление скованности в кистях рук по утрам, отёчность в области лучезапястных и II - III пястно-фаланговых суставов обеих кистей, возобновление отёчности правого, а затем и левого коленного суставов, скованность и ограничение движения в плечевых суставах, а также боли в области оснований пальцев стоп при наступании.

Анамнез жизни

- * страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет
- * вредные привычки отрицает
- * профессиональных вредностей не имел
- * аллергические реакции отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Нормостенический конституциональный тип. Рост 176 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 132/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Температура тела 37,3°C. Суставной статус: артрит лучезапястных, I-II-III пястно-фаланговых суставов, теносиновит сгибателей обеих кистей, артрит коленных суставов, положительный симптом поперечного сжатия стоп.

Для постановки диагноза необходимо назначить следующий набор лабораторных исследований

- новокаиновую блокаду
- обкалывание ботулотоксином
- инъекции хондропротектора
- ультрафонофорез гидрокортизона

Результаты лабораторного метода обследования

Общий анализ крови, СОЭ, СРБ, ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)

- * ОАК - лейкоцитоз $13 \times 10^9 / \text{л}$
- * СОЭ 96 мм/час
- * СРБ 107 мг/л
- * ревматоидный фактор – 168 МЕ/мл
- * АЦЦП – 360 ед/мл

Общий анализ крови, общий анализ мочи, СОЭ

- * ОАК - лейкоцитоз $13 \times 10^9 / \text{л}$
- * ОАМ – все показатели в пределах нормы
- * СОЭ 96 мм/час

Общий анализ крови, общий анализ мочи, СОЭ АСТ, АЛТ

- * ОАК - лейкоцитоз $13 \times 10^9 / \text{л}$
- * ОАМ – все показатели в пределах нормы
- * СОЭ 96 мм/час
- * АСТ – 30 Ед/л
- * АЛТ - 24 Ед/л

Суточный анализ мочи на белок

26 мг/сут

Приоритетным инструментальным методом обследования является

- новокаиновую блокаду
- обкалывание ботулотоксином
- инъекции хондропротектора
- ультрафонофорез гидрокортизона

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография кистей и стоп

Денситометрия

Область исследования: шейка бедренной кости. +

Содержание костного минерала (ВМС): 4.06 гр. +

Площадь сканируемой поверхности: $5,36 \text{ см}^2$ +

T-критерий (песк): -1 +

Z-критерий (песк): -0.8

Рентгенография плечевых суставов

УЗДГ сосудов верхних конечностей

Тромбоз плечевых артерий не выявлен

Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является

- новокаиновую блокаду
- обкалывание ботулотоксином
- инъекции хондропротектора
- ультрафонофорез гидрокортизона

Диагноз

Ревматоидный артрит, серопозитивный по РФ и АЦЦП, очень ранняя стадия

Острая ревматическая лихорадка, высокой степени активности

Ревматоидный артрит, серопозитивный по РФ и АЦЦП, поздняя стадия

Ревматоидный артрит, серонегативный по РФ и АЦЦП, очень ранняя стадия

Для ревматоидного артрита характерно

- симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, эрозивно-язвенные поражения ЖКТ и васкулит сосудов крупного калибра, утренняя скованность менее получаса
- симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, фиброз кожных покровов кистей, проксимальная мышечная слабость
- симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, внесуставные проявления, утренняя скованность более получаса
- асимметричный полиартрит с преимущественным поражением нижних конечностей, поражение осевых суставов позвоночника, утренняя скованность менее получаса

В качестве тактики ведения данного пациента

- необходимо назначить НПВП, направить на консультацию ревматолога
- необходимо назначить НПВП и антибактериальную терапию
- необходимо назначить антикоагулянты в сочетании с НПВС
- необходимо назначить высокие дозы глюкокортикостероидов для купирования воспаления и болевого синдрома

Оценить активность ревматоидного артрита и эффективность терапии следует с помощью инструментов объективизации

- калькулятора MDRD
- шкалы Чайлда-Пью
- изолированной оценки самочувствия пациента
- калькулятора DAS28

У пациентов, получающих метотрексат, рекомендовано снижение дозы/отмена приема в случае

- повышения концентраций АЛТ/АСТ менее чем в 3 раза от верхней границы нормы
- повышения концентраций АЛТ/АСТ выше референсных значений
- стойкого повышения концентраций АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы
- повышения концентраций АЛТ/АСТ в 2 раза от верхней границы нормы

У пациента с ревматоидным артритом, получающего лечение метотрексатом, с целью оценки переносимости терапии необходимо мониторировать лабораторные показатели

- общий анализ крови, общий анализ мочи, онкомаркеры
- общий анализ крови, посев мочи
- общий анализ крови, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, креатинин)
- общий анализ крови, мочевую кислоту, липидный спектр

Периодичность проведения лабораторных исследований с целью мониторинга переносимости терапии метотрексатом

- в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 2 недели до достижения стабильной дозы метотрексата, затем – каждые 3 месяца
- в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 1-1,5 месяца до достижения стабильной дозы метотрексата, затем – каждые 3 месяца
- в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 1-1,5 месяца до достижения стабильной дозы метотрексата, затем – каждые 6 месяцев
- в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 2 недели, далее – по необходимости

Пациенту с ревматоидным артритом в ремиссии заболевания рекомендовано(ны)

- регулярно выполнять физические упражнения. Плавание не рекомендуется.
- занятия бегом
- физическая активность не показана
- регулярно выполнять физические упражнения. Плавание – оптимальный вид физической нагрузки.

Для постановки диагноза ревматоидного артрита следует пользоваться критериями международных сообществ

- классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010 года
- диагностические критерии РА AAOS
- диагностические критерии РА ESC 2015 года
- классификационные критерии РА EULAR 1996 года

В каких случаях пациенту с ревматоидным артритом следует рассмотреть назначение препарата из группы генно-инженерных биологических препаратов

- классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010 года
- диагностические критерии РА AAOS
- диагностические критерии РА ESC 2015 года
- классификационные критерии РА EULAR 1996 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Осмотр врачом патронажной службы пациентки 78 лет.

Жалобы

Жалобы при осмотре на сильные боли в стопах, усиливающиеся по ночам и немного ослабевающие при ходьбе, онемение кончиков пальцев рук, ощущение покалывания и похолодания в голени.

Анамнез заболевания

Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение года, постепенно усиливаясь. Последние 3-4 месяца постоянно принимает кетопрофен 100 мг. Сначала принимала его 1-2 раза в день. Сейчас вынуждена принимать 4 раза в день. Почти каждую ночь просыпается из-за боли. Интенсивность боли по НОШ (нумерологической оценочной шкале) оценила на 7 баллов. Онемение пальцев рук затрудняет обычную бытовую деятельность и уход за собой.

Анамнез жизни

Пациентка страдает сахарным диабетом 2-го типа на протяжении 22 лет. Длительное время принимала только метформин, при этом уровень глюкозы крови колебался в пределах 7,5-9,5 ммоль/л, гликированный гемоглобин 7,5-8,0%. Полгода назад к терапии был добавлен глимепирид, после чего уровень глюкозы стабилизировался на цифрах 6,5-7,0 ммоль/л, гликированный гемоглобин 7,0-7,5%. Около 20 лет страдает артериальной гипертонией, при обследовании был поставлен диагноз гипертоническая болезнь 2 степени, II стадии. Последние 4 года ежедневно принимает 10 мг фозиноприла. На фоне этой терапии АД стабилизировалось на цифрах 130-140/80-90 мм рт. ст. 2 года назад в связи с повышенными показателями холестерина стала регулярно принимать аторвастатин в дозе 10 мг/сутки. 7 лет назад пациентка упала на улице, был диагностирован перелом шейки левого бедра. С этого времени значительно снижена способность к передвижению. Пациентка длительное время не выходит на улицу, по квартире передвигается с трудом, держась за стены. Пациентка живет одна, уход за ней осуществляют работники социальной

службы и сын, который приезжает 1 раз в неделю.

Месяц назад на дому был сделан анализ крови. Результат: гемоглобин 122 г/л, лейкоциты $6,8 \times 10^9$, СОЭ 14 мм/час, глюкоза 6,0 ммоль/л, общий холестерин 5,6 ммоль/л, креатинин 110,7 мкмоль/л. Анализ мочи уд. вес 1012, лейкоциты 2-3 в п/зр, белок 0,099 г/л.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 84 кг, рост 162 см. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации лёгких выслушивается везикулярное дыхание. При аускультации сердца тоны приглушены, ритм правильный. Пульс 74 уд/мин, АД 134/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненно с двух сторон. Стул и диурез не нарушены. Пульсация на периферических артериях сохранена. Кожная температура не снижена. Умеренно выраженная вальгусная деформация стоп. Кожа стоп сухая, на подошвенной поверхности пяток и над первым плюснофаланговым суставом участки гиперкератоза. На внутренней поверхности 1-го пальца правой стопы кожа незначительно гиперемирована с поверхностным изъязвлением. Стопы и голени пастозны. Тактильная чувствительность в области стоп и кистей снижена. Ногтевые пластинки утолщены, деформированы.

Выберите необходимые лабораторные обследования пациентки

- классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010 года
- диагностические критерии РА AAOS
- диагностические критерии РА ESC 2015 года
- классификационные критерии РА EULAR 1996 года

Результаты лабораторных обследований

Определение липопротеидов низкой плотности

3,5 ммоль/л

Определение уровня суточной альбуминурии

250 мг/сутки

Определение С-реактивного белка

25 мг/л

Определение уровня общего билирубина

11,9 МкМ/л

Определение уровня щелочной фосфатазы

59 Ед/л

Определение ТТГ

2,3 мЕд/л

Дополнительные данные осмотра, подтверждающие диагноз диабетической полинейропатии

- измерение артериального давления на нижних конечностях
- тест с шестиминутной ходьбой
- определение мышечной силы при пассивном сгибании конечностей
- определение температурной и вибрационной чувствительности

Клиническая форма диабетической стопы, развившаяся у пациентки

- нейропатическая
- нейроишемическая
- ишемическая
- стопа Шарко

Интенсивность болевого синдрома пациентки

- слабая
- умеренная
- очень сильная
- сильная

Степень выраженности раневого дефекта

- 2
- 3
- 0
- 1

Формулировка диагноза основного заболевания, определяющего тяжесть состояния пациентки

- 2
- 3
- 0
- 1

Диагноз

Сахарный диабет 2 типа. Осложнения: диабетическая полинейропатия, периферическая форма. Диабетическая стопа, нейропатическая форма, трофическая язва 1-го пальца правой стопы. ХБП С3а А2, диабетическая нефропатия. Целевой уровень HbA_{1c} 7,5%

Сахарный диабет 2 типа, компенсированный. Осложнения: диабетическая стопа, нейропатическая форма с болевым синдромом, трофическая язва 1-го пальца правой стопы. Диабетическая нефропатия среднетяжелого течения, альбуминурия

Сахарный диабет 2 типа, компенсированный. Осложнения: диабетическая полинейропатия, болевая форма, диабетическая стопа, трофические нарушения 1-й степени, ХБП С3А, диабетическая нефропатия

Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень HbA_{1c} 8,0%, Осложнения: диабетическая стопа, нейропатическая форма, трофическая язва 1-го

пальца правой стопы. Хроническая почечная недостаточность

Больным старше 60 лет с нейропатической болью с целью купирования болевого синдрома целесообразно назначить

- карбамазепин
- опиоидные анальгетики
- НПВС
- антиконвульсанты

Одними из наиболее эффективных препаратов адъювантной терапии при нейропатической боли являются

- витамины группы В
- транквилизаторы
- миорелаксанты
- антидепрессанты

Основной рекомендацией немедикаментозной терапии пациентам с диабетической стопой является

- применение лечебных грязей и ванн на основе минеральных вод
- физиотерапевтическое лечение с использованием электрофореза и магнитотерапии
- местное применение противовоспалительных фитопрепаратов
- разгрузка стопы с применением ортопедической обуви

Метод лечения трофических нарушений стопы

- промывание спиртовыми растворами
- применение антибактериальных мазей и гелей
- системное назначение антибактериальных препаратов
- наложение повязки с антисептиками

Необходимая коррекция базисной терапии

- увеличить дозу аторвастатина до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу фозиноприла до 20 мг/сутки

Основная задача патронажной службы в профилактике прогрессирования синдрома диабетической стопы

- увеличить дозу аторвастатина до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу фозиноприла до 20 мг/сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка И., 68 лет обратилась к врачу с болями в коленных суставах.

Жалобы

Боли в коленных суставах механического ритма, постепенно нарастающее затруднение ходьбы и повседневной активности вследствие боли, отёчность области коленных суставов.

Анамнез заболевания

Боли беспокоят на протяжении последних 2-3 лет. Ухудшение в течение последних трёх месяцев: значительное усиление болей при ходьбе вплоть до хромоты, появление ноющих ночных болей, стартовых болей.

Анамнез жизни

- * страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет
- * вредные привычки отрицает
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергические реакции: авокадо (отек Квинке)
- * гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет
- * наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Гиперстенический конституциональный тип. Рост 168 см, масса тела 110 кг. ИМТ – 39 кг/м^2 . Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул: склонность к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Statuslocalis: Варусная деформация коленных суставов. Область коленных суставов умеренно инфильтрирована, кожа над ними тёплая. При пальпации - болезненность в медиальных отделах, дефицит сгибания 20° , разгибания- 7° .

Выберите объем наиболее оптимальных в данном случае лабораторных исследований

- увеличить дозу аторвастатина до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу фозиноприла до 20 мг/сутки

Результаты лабораторных исследований

ОАК, ОАМ, креатинин сыворотки, трансаминазы

Все показатели в пределах нормы

СРБ, РФ, АЦЩП, мочевая кислота сыворотки

СРБ – 3 мг/л

РФ – 15 МЕд/мл

АЦЩП – 0,3 Ед/мл

Мочевая кислота – 250 мкмоль/л

РФ, АНФ, ANCA

РФ – 15 МЕд/мл

АНФ – 1:80

ANCA – 1:20

СРБ, РФ, АЦЦП, прокальцитонин, АСЛО

СРБ – 3 мг/л

РФ – 15 МЕд/мл

Прокальцитонин – 0,01 нг/мл

АСЛО – 20 Ед/мл

АЧТВ, МНО, ТВ, фибриноген

Все показатели в пределах нормы

Т4, Т3, ТТГ, АТ к ТПО

Все показатели в пределах нормы

Инструментальное исследование, которое необходимо использовать в данном случае

- увеличить дозу atorvastatina до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу фозиноприла до 20 мг/сутки

Результаты инструментального исследования

Рентгенография коленных суставов

Рентгеновская денситометрия

Область исследования: шейка бедренной кости.

Содержание костного минерала (ВМС): 4.06 гр.

Площадь сканируемой поверхности: 5,36 см²

T-критерий(песк): -1

Z-критерий(песк): -0.8

Поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

В материале кристаллов не обнаружено

Исследование функций внешнего дыхания

ЖЕЛ в пределах нормы

Наиболее вероятный диагноз у данного пациента

- увеличить дозу atorvastatina до 20 мг/сутки
- заменить пероральную сахароснижающую терапию на инсулин
- заменить глимепирид на вилдаглиптин
- увеличить дозу фозиноприла до 20 мг/сутки

Диагноз

**Первичный двусторонний гонартроз, реактивный синовит.
Рентгенологическая стадия III. Функциональная недостаточность II степени**

Первичный двусторонний гонартроз, синовит. Рентгенологическая стадия I. Функциональная недостаточность I степени

Первичный двусторонний гонартроз, синовит. Рентгенологическая стадия II. Функциональная недостаточность III степени

**Ревматоидный артрит. Вторичный двусторонний гонартроз, синовит.
Рентгенологическая стадия II. Функциональная недостаточность I степени**

Дифференциальную диагностику локализованного остеоартрита, прежде всего, необходимо проводить с

- реактивным артритом, инфекционным артритом, подагрой
- ревматоидным артритом, болезнью Шарко, боррелиозом
- болезнью Уиппла, фибромиалгией, болезнью Педжета
- ревматической полимиалгией, диабетической артропатией

Немедикаментозные методы, которые применяются при лечении остеоартрита

- аппликации спиртовых компрессов на область пораженных суставов, бессолевая диета
- специализированная диета с увеличением доли продуктов, способствующих укреплению хряща, лечебная физкультура, ортопедические приспособления, физиотерапевтические методы
- ограничение физической нагрузки, безглютеновая диета, ортопедические приспособления, физиотерапевтические методы
- снижение веса, лечебная физкультура, ортопедические приспособления, физиотерапевтические методы

Обезболивающий препарат, который нужно в первую очередь рекомендовать пациенту с умеренными болями при остеоартрите с целью обезболивания

- парацетамол
- преднизолон
- кеторолак
- церебролизин

Препарат, который следует применить при выявлении признаков реактивного синовита у пожилого пациента

- селективные НПВП
- фуросемид

- морфин
- индометацин

В каких случаях и в каком объеме показано введение ГКС в сустав при остеоартрите

- при наличии симптомов и признаков воспаления, не более 5 инъекций в год в один и тот же сустав
- курсом по 5 инъекций через день по необходимости
- по требованию пациента, не более 4 инъекций в год в один и тот же сустав
- при наличии симптомов и признаков воспаления, не более 2-3 инъекций в год в один и тот же сустав

Выполнение операции эндопротезирования пораженного сустава показано при

- наличии эндопротеза тазобедренного сустава
- серьезном нарушении структуры сустава – рентгенологическая стадия IV по J. Kellgren, J. Lawrence
- остеоартрите с выраженным болевым синдромом, не поддающимся консервативному лечению
- остеоартрите с выраженным болевым синдромом, не поддающимся консервативному лечению, при наличии серьезного нарушения структуры и функции сустава

Симптоматический препарат медленного действия, который содержит в составе неомыляемые соединения авокадо и сои

- диацереин
- пиаскледин
- артра
- терафлекс

Выделяют основные формы остеоартроза

- изолированный, распространенный, смешанный
- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный
- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный
- первичный, вторичный, третичный

У данной пациентки можно выделить факторы риска развития остеоартроза

- изолированный, распространенный, смешанный
- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный
- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный

- первичный, вторичный, третичный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Р., 80 лет, пенсионер, живет с женой. Вызов врача на дом. Осмотр врачом гериатром на дому.

Жалобы

Со слов жены, беспокоили общая слабость, одышка, повышение температуры тела до 38°C, кашель с небольшим количеством мокроты, боль в правой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Сбор анамнеза со слов жены. +

При сборе анамнеза выяснилось, что заболевание началось остро, семь дней назад. Лечится в поликлинике с диагнозом «грипп», назначено лечение, названия препаратов не помнит. Подобный «грипп» повторялся дважды за предыдущие 9 месяцев. Во время последнего ухудшения состояния появились новые симптомы: кашель с мокротой, одышка, повышение температуры. До данного события пациент был активен, ходил на работу, гулял, в уходе не нуждался.

Анамнез жизни

Курит в течение 40 лет. +

Полтора года назад во время диспансеризации было проведено комплексное обследование, выявлены: хроническая обструктивная болезнь легких, хронический гиперпластический гастрит; хронический панкреатит; хронический холецистит; хронический пиелонефрит.

Объективный статус

При осмотре: Состояние тяжелое. Заторможен, сонлив. Температура тела на момент осмотра 37,5°C. Рост 176 см имеет вес 89 кг, индекс массы тела 24,8 кг/м². Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые обычной окраски, чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Носовое дыхание свободное. Число дыханий 22 в мин. Грудная клетка правильной формы, отмечается усиление голосового дрожания справа от нижнего края легкого до угла лопатки, в этой же области - укорочение перкуторного звука. Аускультативно дыхание везикулярное, несколько ослабленное справа ниже угла лопатки Тоны сердца приглушены, ЧСС 95 в минуту, АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул был утром, обычной формы и консистенции. Дизурии нет.

Для постановки диагноза необходимым методом лабораторных исследований является

- изолированный, распространенный, смешанный
- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный

- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный
- первичный, вторичный, третичный

Результаты лабораторного метода обследования

Общий анализ крови

|=====

^h Показатель ^h	Результат ^h	Нормы
Эритроциты (RBC), $\cdot 10^{12}/л$	4,8	3,7-5,5
Гемоглобин (Hb), г/л	138	120-150
Гематокрит (HCT), %	48	36,0-54,0
Цветовой показатель (ЦП)	0,90	0,82-1,05
Тромбоциты (PLT), $\cdot 10^9/л$	250	150,0-450,0
Лейкоциты (WBC), $\cdot 10^9/л$	15,3	4,0-9,0
3+^h Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	15	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	50	42-72
Эозинофилы, %	3	0-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-11
СОЭ, мм/ч	33	2-15

|=====

Уровень фибриноген

5,5 г/л (норма 2-4 г/л)

Количественное исследование прокальцитонина

0,03 (норма $<0,07$ нг/мл)

Определение ДНК *Mycoplasma pneumoniae* в мокроте методом ПЦР в режиме реального времени

Не обнаружено

С учетом жалоб, данных объективного осмотра необходимо провести

- изолированный, распространенный, смешанный
- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный
- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный
- первичный, вторичный, третичный

Дополнительная информация

При рентгенографии органов грудной клетки получено следующее заключение: в проекции нижней доли правого легкого определяется участок однородной структуры, средней интенсивности, с нечеткими контурами уплотненного участка, за исключением мест соприкосновения с междолевой плеврой. В уплотненном участке визуализируются воздушные просветы бронхов.

Наиболее вероятным диагнозом у пациента с учетом этого является

- изолированный, распространенный, смешанный
- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный

- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный
- первичный, вторичный, третичный

Диагноз

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония

Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого

Правосторонний экссудативный плеврит

Тромбоэмболия легочной артерии

Для оценки риска неблагоприятного прогноза у пациента необходимо использовать шкалу

- {nbsp}CHA2DS2-VASc
- {nbsp}CRB-65
- {nbsp}GRACE
- {nbsp}HAS-BLED

Тактикой ведения, исходя из результатов оценки по шкале CRB-65, является

- экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии
- лечение в дневном стационаре
- госпитализация в отделение общего профиля
- лечение в домашних условиях

В качестве стартовой терапии показана

- пероральная эмпирическая антибактериальная терапия
- парентеральная эмпирическая антибактериальная терапия
- парентеральная антибактериальная терапия, на основании микробиологического исследования
- пероральная антибактериальная терапия, на основании микробиологического исследования

Критерий для прекращения антибактериальной терапии

- стойкая нормализация температуры в течение 1 суток
- исчезновение аускультативных признаков пневмонии
- отсутствие выделения мокроты
- стойкая нормализация температуры в течение не менее 2 суток

К факторам риска неадекватного (позднего) ответа на лечение относят

- отсутствие вакцинации против пневмококковой инфекции

- пожилой возраст (> 65 лет)
- курение
- наличие морбидного ожирения

К группам высокого риска развития инвазивных пневмококковых инфекций относятся

- пациенты в возрасте 65 лет и старше
- дети
- представители социально значимых профессий
- часто путешествующие люди

Схема вакцинации против пневмококковой инфекции включает

- однократное введение неконъюгированной полисахаридной вакцины, а затем конъюгированной пневмококковой вакцины
- однократное введение неконъюгированной полисахаридной пневмококковой вакцины
- однократное введение конъюгированной вакцины, а затем полисахаридной пневмококковой вакцины
- двукратное введение конъюгированной пневмококковой вакцины

К группам риска осложненного течения гриппа относятся

- часто путешествующие люди
- курильщики
- пациенты с индексом массы тела $< 18 \text{ кг/м}^2$
- пациенты в возрасте 65 лет и старше

Противопоказанием к вакцинации является

- часто путешествующие люди
- курильщики
- пациенты с индексом массы тела $< 18 \text{ кг/м}^2$
- пациенты в возрасте 65 лет и старше

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 82 лет обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

На сильный зуд, появление высыпаний, непреднамеренное похудение на 6 кг за последние 4 месяца.

Анамнез заболевания

3 месяца назад отметила появление высыпаний на коже. В последние несколько недель отмечает появление зуда.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголь употребляет не менее 5 раз в неделю
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * родители скончались по неизвестным пациентке причинам

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Скрининг «Возраст не помеха» -5 баллов. +

Индекс Бартел - 95 +

IADL - 7 +

MNA - 16 +

Скорость ходьбы - 0,9 +

Тест «встань и иди» - 14; +

Динамометрия - правая рука - 16 кг, левая рука – 15 кг; +

Ортостатическая проба: отр.

К необходимым в данной ситуации диагностическим методам исследования относятся

- часто путешествующие люди
- курильщики
- пациенты с индексом массы тела $< 18 \text{ кг/м}^2$
- пациенты в возрасте 65 лет и старше

Результаты обследования

Клинический осмотр

На коже груди, живота, плеч, предплечий, бедер имеются множественные округлой и овальной формы папулезные высыпания от 5 до 11 см в диаметре, розовато- бурого цвета, сопровождающиеся нестерпимым зудом. Локтевые, паховые, бедренные лимфатические узлы несколько увеличены в диаметре, подвижны, безболезненны.

Гистологическое исследование

В верхних слоях дермы — полосовидные или округлые инфильтраты, распространяющиеся на придатки кожи и содержащие клетки Лютцнера.

Обследование с помощью лампы Вуда

В очагах поражения на груди и животе определяется изумрудно- зеленое свечение

УЗИ-исследование очагов поражения

При УЗИ очагов поражения на груди и спине высокочастотным датчиком нарушений структуры кожи не определяются

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости

Патология не выявлена

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- часто путешествующие люди
- курильщики
- пациенты с индексом массы тела $< 18 \text{ кг/м}^2$
- пациенты в возрасте 65 лет и старше

Диагноз

Грибовидный микоз. Опухолевидная стадия

Крупнобляшечный парапсориаз. Экзацерабция

Грибовидный микоз. Бляшечная стадия

Псевдолимфома

Для повышения точности гистологического исследования необходимо проводить исследование не ранее, чем через + ____ + после применения системных кортикостероидов, иммунодепрессантов, топических средств

- 2 недели
- 5 дней
- 1 неделю
- 3 дня

При данной стадии заболевания наблюдаются

- множественные высыпания, несколько зон вовлечения
- отсутствие поражения лимфатических узлов
- отсутствие зуда
- образование эритематозных участков

Локализация высыпаний на участках кожи, не подвергавшихся солнечному излучению,

- наблюдается у детей
- не характерна для данного заболевания
- характерна для данного заболевания
- наблюдается у подростков

Проведение хирургического лечения (аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток) данной пациентке

- не показано
- показано спустя 4 недели после лечения при отсутствии эффекта
- показано сразу после постановки диагноза
- целесообразно с местным применением циклоспорина

16 баллов по Краткой шкале оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA) соответствуют

- избыточному питанию
- риску недостаточности питания (мальнутриции)
- нормальному статусу питания
- недостаточности питания (мальнутриции)

Мальнутриция у пациентов с синдромом старческой астении

- ассоциирована с снижением риска госпитализации
- вначале снижает, а позднее повышает риск госпитализации
- ассоциирована с повышением риска госпитализации
- не влияет на риск госпитализации

У данной пациентки с мальнутрицией предпочтительным путем введения пищи и специализированных смесей для клинического питания является

- пероральный
- парентеральный
- через зонд
- через стому

При грибковидном микозе

- необходима медицинская реабилитация
- реабилитация не применяется
- необходима медико- профессиональная реабилитация
- целесообразна профессиональная реабилитация

При грибковидном микозе

- требуется неспецифическая профилактика – исключение стрессовых ситуаций
- в настоящее время метода профилактики не существует
- необходима неспецифическая профилактика – гипоаллергенная диета
- необходима специфическая профилактика (вакцинация)

Регулярно необходимо проводить пациенту следующие обследования

- требуется неспецифическая профилактика – исключение стрессовых ситуаций
- в настоящее время метода профилактики не существует

- необходима неспецифическая профилактика – гипоаллергенная диета
- необходима специфическая профилактика (вакцинация)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 76 лет обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

На шаткость походки, частые падения, быструю утомляемость, одышку при повседневных нагрузках, жгучие боли в области ягодичных мышц, наружной поверхности бедра, в икроножных мышцах при быстрой ходьбе; зябкость, чувство онемения и покалывания в нижних конечностях; хромоту при ходьбе более 400 м.

Анамнез заболевания

Вышеописанные симптомы беспокоят около 2 лет. Постепенно дистанция безболевого ходьбы сокращалась. За медицинской помощью не обращался. + За последний год отмечает падения до 5 раз. Спотыкаясь, падает лицом вперед. Переломов не отмечал. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг. В анамнезе гипертоническая болезнь более 15 лет с максимальным повышением артериального давления до 185/90 мм рт. ст. Принимает гипотензивную терапию. В 2007 году перенес инфаркт миокарда «на ногах». В течение последних 10 лет при диспансеризации отмечается повышение уровня холестерина. Постоянную гиполипидемическую терапию не принимает. + Инсульт, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы отрицает.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование среднее. На пенсии.

Наследственность: мать умерла от острого нарушения мозгового кровообращения, отец страдал сахарным диабетом 2 типа, умер от инфаркта миокарда, сестра 66-ти лет страдает ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: курит в течение 40 лет по 1,5 пачки сигарет в день; злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 3 балла +

Состояние удовлетворительное. Вес 64 кг, рост 174 см, индекс массы тела – 21.1 кг/м². Кожа голеней и стоп бледная, сухая, шелушащаяся, холодная; отсутствует волосяной покров голеней и нижней половины бедра, дистрофические изменения ногтевых пластин. Видимые слизистые физиологической окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Частота сердечных сокращений 77 ударов в минуту, артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Пульс ослаблен на подколенных, медиальных лодыжечных, тыльных артериях обеих стоп, больше справа. Живот мягкий, безболезненный. Стул нерегулярный, со

склонностью к запорам. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена.

К необходимым для определения диагноза пациента в данной ситуации лабораторным методам обследования относят

- требуется неспецифическая профилактика – исключение стрессовых ситуаций
- в настоящее время метода профилактики не существует
- необходима неспецифическая профилактика – гипоаллергенная диета
- необходима специфическая профилактика (вакцинация)

Результаты лабораторного метода обследования

Определение липидного спектра крови

|=====

Наименование	Результат	Ед. изм.	Нормы
Холестерин общий	6,9	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	1,58	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	0,74	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,92	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	4,68	ммоль/л	(0,00-3,3)

|=====

Общий анализ мочи

|=====

Прозрачность	Прозрачная
Цвет	Соломенно-желтый
Относительная плотность (удельный вес)	1,015
Реакция мочи	рН 6
Белок	0,033 ммоль/л
Глюкоза	отсутствуют
Кетоновые тела	отсутствуют
Эритроциты	0-1 в поле зрения
Лейкоциты	0-3 в поле зрения
Эпителий	3-5 в поле зрения
Цилиндры	Отсутствуют
Бактерии	Отсутствуют
Кристаллы	Отсутствуют
Слизь	Отсутствуют
Оксалаты	Отсутствуют

|=====

Определение уровня тиреотропного гормона, трийодтиронина свободного, тироксина свободного

|=====

Исследование	Результат	Реф.значения/
--------------	-----------	---------------

Комментарий

| ТТГ (тиреотропный гормон) | 0,694 мкМЕ/мл | 0,34-5,6

| сТ4 (тироксин свободный) | 12,09 пмоль/л | 7,86-14,41

| сТ3 (трийодтиронин свободный) | 4,81 пмоль/л | 3,8-6

|====

Общий анализ крови

|====

| Наименование | Результат | Нормы

| Гемоглобин | 142,0 | 130,0-160,0

| Гематокрит | 44,7 | 35,0-47,0

| Лейкоциты | 5,56 | 4,00-9,00

| Эритроциты | 4,83 | 4,00-5,70

| Тромбоциты | 310,0 | 150,0-320,0

| Ср. объем эритроцита | 95,3 | 80,0-97,0

| Ср. содерж. гемоглобина | 33,2 | 28,0-35,0

| Ср. конц. гемоглобина | 341 | 330-360

| Лимфоциты | 44,6 | 17,0-48,0

| Моноциты | 7,0 | 2,0-10,0

| Нейтрофилы | 53,7 | 48,00-78,00

| Эозинофилы | 2,4 | 0,0-6,0

| Базофилы | 0,4 | 0,0-1,0

| СОЭ | 24 | 2-20

|====

Для определения риска падений необходимо оценить результаты теста

- требуется неспецифическая профилактика – исключение стрессовых ситуаций
- в настоящее время метода профилактики не существует
- необходима неспецифическая профилактика – гипоаллергенная диета
- необходима специфическая профилактика (вакцинация)

Результаты обследования

Шкала Морсе

75 баллов

Динамометрия

Левая рука –14,5 кг, правая рука – 16,0 кг

Возраст не помеха

4 балла

Определение лодыжечно-плечевого индекса

Лодыжечно-плечевой индекс справа = 0,7 +

Лодыжечно-плечевой индекс слева = 0,8

Для постановки диагноза и составления плана ведения наиболее информативной при проведении комплексной гериатрической оценки будет оценка

- требуется неспецифическая профилактика – исключение стрессовых ситуаций
- в настоящее время метода профилактики не существует
- необходима неспецифическая профилактика – гипоаллергенная диета
- необходима специфическая профилактика (вакцинация)

Дополнительная информация

Получены результаты: Снижение базовой функциональной активности (индекс Бартель 80/100 баллов), повторные падения, высокий риск падений (снижение скорости ходьбы, нарушение равновесия), динамометрия < 17 кг; краткая шкала оценки питания 23/30 баллов; краткая шкала оценки психического здоровья 26/30 баллов; гериатрическая шкала депрессии 15 – 5 баллов; Шкала оценки потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода - 3 уровень.

Помимо снижения массы тела, повторных падений и снижение скорости ходьбы прямым признаком синдрома старческой астении у пациента является

- риск развития депрессии
- снижение функциональной активности
- саркопения
- когнитивные нарушения

Данному пациенту показано назначение

- никотиновой кислоты
- статинов
- фибратов
- эзетимиба

У данного пациента липидснижающую терапию статинами рекомендуется начинать

- с низких доз, с постепенным увеличением дозы до достижения целевого уровня
- с высоких доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня
- со средних доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня
- в комбинации с эзетимибом

У данного пациента должен быть достигнут уровень холестерина липопротеидов низкой плотности менее + ___ + ммоль/л

- 3,5
- 2,4
- 1,8
- 2,2

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту также показано назначение

- антиаритмической терапии
- антиагрегантной терапии
- антиангинальных препаратов
- антикоагулянтов

В качестве антиагрегантной терапии пациенту рекомендуется

- неопределенно долгая комбинированная терапия: аспирин + ривароксабан
- неопределенно долгая монотерапия аспирином, при его непереносимости – монотерапия клопидогрелом
- неопределенно долгая комбинированная терапия: аспирин + клопидогрел
- монотерапия аспирином в течение 12 месяцев с момента установления диагноза

При назначении статинов необходимо проводить мониторинг

- сывороточных трансаминаз печени
- электролитов
- скорости клубочковой фильтрации
- общего белка

Помимо упражнений для тренировки равновесия рекомендации по физической активности для данного пациента целесообразно включить

- бег
- ритмику
- упражнения на развитие мышечной силы
- быструю ходьбу

У пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей и артериальной гипертензией при выборе антигипертензивных препаратов предпочтение следует отдавать

- бег
- ритмику
- упражнения на развитие мышечной силы
- быструю ходьбу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 82 лет обратилась на консультацию к врачу-гериатру.

Жалобы

На общую слабость, «туман» перед глазами, боли в области левых бедра и голени из-за обширной гематомы, «синяки» на теле, а также шаткость при ходьбе, головокружение, нестабильность цифр АД.

Анамнез заболевания

Два месяца назад по рекомендации участкового кардиолога в связи с наличием фибрилляции предсердий на фоне ишемической болезни сердца пациентка начала прием варфарина по 5 мг в сутки. Одновременно с пероральными антикоагулянтами была назначена ацетилсалициловая кислота с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений. В течение последнего месяца МНО (международное нормализованное отношение) не проверяла, забывала. Последние несколько дней, со слов сына, появились «синяки» на ногах больной, нарастала слабость. За сутки до визита в клинику появились носовые кровотечения, что заставило обратиться к врачу.

Анамнез жизни

До 55 лет считала себя здоровой. С 55 лет дебютировала гипертоническая болезнь. Максимальные цифры АД – 180/105 мм рт. ст. В настоящее время принимает комбинацию лозартана 100 мг и амлодипина 10 мг, уровень АД – 130-160/80-100 мм рт. ст. В 80 лет диагностирована фибрилляция предсердий на фоне ишемической болезни сердца. В связи с повышенным уровнем холестерина длительно получает аторвастатин в дозе 20 мг/сутки. Менопауза с 54 лет. В 74 года оперирована по поводу двусторонней катаракты. Со слов сына, с 77 лет отмечается нарушение памяти на текущие события, дезориентация, «спутанность» сознания. +

За последние 6 месяцев похудела на 6 кг, что связывает с отсутствием аппетита и уменьшением количества потребляемой пищи. Отмечает запоры до 4 суток. Пьет менее 1 литра в сутки. До 79 лет не требовалась посторонняя помощь в выполнении бытовых дел, прогулках и передвижении по городу. Последние 4 года обращается к сыну за помощью в покупке и готовке еды, уборке дома, стирке постельных принадлежностей, прогулках, финансовых операциях. С 80 лет – снижение слуха, подбором слухового аппарата не занималась. В течение последнего года дважды падала дома. Передвижение по городу прекратила, в связи со страхом заблудиться или упасть на улице. Вдова, проживает с сыном в квартире на 2 этаже в доме без лифта. При ходьбе пользуется тростью. Имеет среднеспециальное образование. Работала поваром в школьной столовой.

Объективный статус

На момент обследования состояние больной удовлетворительное. Сознание несколько спутанно, возбуждена. Кожные покровы бледные, на коже многочисленные гематомы и экхимозы, преимущественно на нижних конечностях. На внутренней поверхности бедер и левой голени гематомы размером до 12 см. Губы цианотичны, под языком гематома диаметром 1,5 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Ритм сердца – правильный, тоны приглушены. ЧСС – 109 в 1 минуту. АД – 95/55 мм рт. ст. Живот – мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочеиспускание свободное, моча светло-желтая. Стул обычного цвета, оформленный. +

Шкала «Возраст не помеха» - 5 баллов (снижение слуха, снижение настроения, трудности перемещения, нарушение памяти и снижение веса). Базовая активность в повседневной жизни (индекс Бартел)– 55/100 баллов. Краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов. Динамометрия – правая рука 10,7 и левая – 11,5 (снижение мышечной силы). Тест «встань и иди» - 38 сек. MMSE – 16 баллов. Оценка риска депрессии (PHQ) – 7 (вероятная депрессия). Индекс выраженности бессонницы - 17 баллов. Шкала оценки питания MNA – 22.

Для дифференциальной диагностики жестокого обращения с больной и возникновения гематом на фоне передозировки варфарина следует провести исследования

- бег
- ритмику
- упражнения на развитие мышечной силы
- быструю ходьбу

Результаты обследования

Оценка риска кровотечений по шкале HAS-BLED

4

Определение МНО (международное нормализованное отношение)

3

Определение уровня тромбоцитов и гемоглобина

Тромбоциты 120 000 в мкл, гемоглобин 116 г/л

Определение С – реактивного белка

6 мг/л

Определение витамина 25(ОН)D

>8 нг/мл

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc

8

Наличие синдрома старческой астении подтверждают следующие результаты

- 6 баллов по SARC-F
- 38 секунд в тесте «Встань и иди»
- 5 баллов по краткой батарее тестов физического функционирования
- 16 баллов по MMSE

Одновременное с пероральными антикоагулянтами назначение ацетилсалициловой кислоты с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений данной пациентке

- возможно при низком МНО
- возможно у мобильных пациентов
- не показано
- рекомендуется

Возникновение гематом в данном случае следует рассматривать как

- передозировку варфарина при отсутствии контроля МНО
- осложнения синдрома мальнутриции
- осложнения синдрома старческой астении
- жестокое обращение

К факторам, увеличивающим осложнения при лечении антитромботическими препаратами у пациентки, относятся

- снижение настроения
- нарушение слуха
- когнитивные нарушения
- падения

К признакам, позволяющим заподозрить жестокое обращение с пациенткой, можно отнести

- снижение мобильности
- констипационный синдром
- мальнутрицию
- синяки в необычных местах и необычного вида

При подозрении на нарушение прав пожилого пациента рекомендовано

- опрашивать пациента наедине, задавая прямые вопросы о возможном физическом насилии, ограничениях, отсутствии ухода
- избегать диалога с предположительным виновником наедине
- пригласить психиатра для совместного гериатрического осмотра пациентки
- избегать вопросов о формальных и неформальных социальных связях пациентки

Полученные результаты комплексной гериатрической оценки позволяют рекомендовать

- продолжить терапию варфарином с одновременной коррекцией уровня витамина Д
- продолжить терапию варфарином с одновременной коррекцией диеты
- замену варфарина на новые пероральные антикоагулянты
- замену варфарина на аспирин или клопидогрель

Степень зависимости пациентки от посторонней помощи на основании оценки базовой функциональной активности по шкале Бартел интерпретируется как

- легкая степень зависимости
- выраженная степень зависимости

- полная степень зависимости
- умеренная степень зависимости

Рекомендации по питанию у данной пациентки должны обязательно включать

- ограничение употребления животного белка
- потребление соли менее 5 г/сутки
- пищевые добавки, обогащенные витамином В
- потребление белка с пищей не менее 1,0-1,5 г на 1 кг массы тела

Результат теста по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) показывает

- выраженные когнитивные нарушения
- вероятные когнитивные нарушения
- вероятную депрессию
- нет когнитивных нарушения

Рекомендуемые меры профилактики падений у пациентки включают

- выраженные когнитивные нарушения
- вероятные когнитивные нарушения
- вероятную депрессию
- нет когнитивных нарушения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На боли за грудиной сжимающего характера во время физической нагрузки, сильного эмоционального стресса, купирующиеся в покое; одышку при быстрой ходьбе, подъеме в гору, по лестнице (>1-2 пролетов); на слабость и общую утомляемость, замедление темпа ходьбы, падения, частые переломы, снижение зрения и слуха.

Анамнез заболевания

Боли за грудиной беспокоят в течение последних 8 лет, к врачу по этому поводу не обращалась, постоянную терапию не получает. В настоящее время боли за грудиной сжимающего характера возникают при быстрой ходьбе, подъеме в гору, по лестнице (>1-2 пролетов). Болевой синдром купируется самостоятельно. Также в течение последних двух лет начала отмечать появление замедления темпа ходьбы, падения. За последний год - 2 низкоэнергетических перелома: перелом правой лучевой кости, компрессионный перелом позвонка в поясничном отделе позвоночника.

Препаратов кальция, витамин D, для лечения остеопороза не применяла +
Инфаркт миокарда, инсульт в анамнезе отрицает.

Анамнез жизни

Мать больной 87 лет страдает ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией. Отец умер в возрасте 78 лет от острого нарушения мозгового кровообращения. Курит более 20 лет по 7-10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Менопауза с 46 лет.

Объективный статус

Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 3 балла.

+

Состояние удовлетворительное, рост 164 см, вес 82 кг, индекс массы тела – 30,5 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, нормальной влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений – 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота сердечных сокращений – 85 в минуту, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины, артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- выраженные когнитивные нарушения
- вероятные когнитивные нарушения
- вероятную депрессию
- нет когнитивных нарушения

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|=====

Наименование	Результат	Нормы
Гемоглобин	156,0	130,0-160,0
Гематокрит	44,2	35,0-47,0
Лейкоциты	7,56	4,00-9,00
Эритроциты	5,63	4,00-5,70
Тромбоциты	320,0	150,0-320,0
Ср. объем эритроцита	95,3	80,0-97,0
Ср. содерж. гемоглобина	33,2	28,0-35,0
Ср. конц. гемоглобина	341	330-360
Лимфоциты	47,6	17,0-48,0
Моноциты	8,6	2,0-10,0
Нейтрофилы	53,7	48,00-78,00
Эозинофилы	4,0	0,0-6,0

| Базофилы | 0,4 | 0,0-1,0

| СОЭ | 22 | 2-20

|=====

Исследование липидного спектра крови натощак, включая оценку уровня холестерина липопротеидов низкой плотности

|=====

| Наименование | Результат | Ед. изм. | Нормы

| Холестерин общий | 6,8 | ммоль/л | (0,00-5,30)

| Триглицериды | 1,49 | ммоль/л | (0,00-1,70)

| Холестерин ЛПВП | 1,04 | ммоль/л | (0,90-1,90)

| Холестерин ЛПОНП | 0,68 | ммоль/л | (0,10-1,00)

| Холестерин ЛПНП | 3,9 | ммоль/л | (0,00-3,3)

|=====

Общий анализ мочи

|=====

| Прозрачность | Прозрачная

| Цвет | Соломенно-желтый

| Относительная плотность (удельный вес) | 1,018

| Реакция мочи | рН 5,7

| Белок | 0,03 ммоль/л

| Глюкоза | отсутствуют

| Кетоновые тела | отсутствуют

| Эритроциты | 0-1 в поле зрения

| Лейкоциты | 0-3 в поле зрения

| Эпителий | 3-5 в поле зрения

| Цилиндры | Отсутствуют

| Бактерии | Отсутствуют

| Кристаллы | Отсутствуют

| Слизь | Отсутствуют

| Оксалаты | Отсутствуют

|=====

Коагулограмма

|=====

| Показатель | Результат | Нормы

| АЧТВ | 33,2 | 27-36 сек

| МНО | 1,01 | 0,8-1,05

| ПТИ | 94 | 70-120%

| Фибриноген | 2,51 | 1,8-3,5 г/л

|=====

Анализ крови на свободный кортизол

Кортизол в крови – 215 нмоль/л, +

Норма кортизола в крови у женщин = 138-640 нмоль/л.

Определение уровня ТТГ

3,3 мЕд/л (норма 0,4–4,0 мЕд/л)

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- выраженные когнитивные нарушения
- вероятные когнитивные нарушения
- вероятную депрессию
- нет когнитивных нарушения

Результаты инструментальных методов обследования

Трансторакальная эхокардиография в покое

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки 12 мм, межжелудочковой перегородки 13 мм. Зоны с нарушением локальной сократимости не выявлены. ФВ ЛЖ 55%. Диастолическая дисфункция (нарушение релаксации) ЛЖ.

Ультразвуковое исследование сонных артерий

Утолщение комплекса интима-медиа до 1,0 мм. Эхо-признаки стенозирующего атеросклероза экстракраниальных отделов магистральных артерий шеи: стеноз правой подключичной артерии до 28% по диаметру, стеноз правой общей сонной артерии до 35% по диаметру, меньший диаметр левой подключичной артерии.

ЭКГ

На снятой ЭКГ в покое признаков ишемии миокарда не обнаружено. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 84 в минуту

Рентгенография грудного отдела позвоночника

Патология не выявлена

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Эхоструктурные изменения не выявлены.

Фиброгастродуоденоскопия

Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени. Поверхностный антральный гастрит.

На основании анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования предполагаемым основным диагнозом у пациентки будет

- выраженные когнитивные нарушения
- вероятные когнитивные нарушения
- вероятную депрессию
- нет когнитивных нарушения

Диагноз

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения II функционального класса. Гиперхолестеринемия

Гипертоническая болезнь I стадии, артериальная гипертензия I степени, средний риск сердечно-сосудистых осложнений. Сахарный диабет 2 типа

Гипертоническая болезнь I стадии, артериальная гипертензия I степени, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Нарушение толерантности к глюкозе

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения III функционального класса. Хроническая болезнь почек I стадии

У больной имеется метаболическое нарушение в виде

- сахарного диабета
- гиперурикемии
- дислипидемии
- метаболического алкалоза

Основным классом лекарственных средств, применяемых для лечения пациентов с дислипидемией, являются

- фибраты
- статины
- никотиновая кислота
- эзетимиб

При недостижении целевых цифр холестерина пациенту с стабильной стенокардией, получающему статины, следует рассмотреть назначение комбинированной терапии статина с

- никотиновой кислотой
- эзетимибом
- фибратами
- омега-3

При назначении статинов необходимо проводить мониторинг

- электролитов
- общего белка
- сывороточных трансаминаз печени
- СКФ

Ведущим модифицируемым фактором риска развития атеросклероза, выявленным при первичном осмотре у данного пациента, является

- мужской пол
- возраст
- курение
- малоподвижный образ жизни

К немедикаментозным методам лечения синдрома старческой астении относится

- диета с ограничением животного белка
- ограничение употребления алкоголя
- ограничение физической активности
- физическая активность

Основным инструментальным методом диагностики остеопороза является

- {nbsp}СМАД
- рентген лучевой кости
- {nbsp}ХМЭКГ
- {nbsp}DXA денситометрия

При дефиците витамина Д рекомендован пероральный прием колекальциферола в режиме

- 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель
- 150 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель
- 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель
- 20 000 МЕ ежемесячно в течение 4 месяцев

У 5-10% пациентов, получающих статины, возможно развитие

- 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель
- 150 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель
- 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель
- 20 000 МЕ ежемесячно в течение 4 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 79 лет, обратился к врачу-терапевту с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, головную боль, головокружение, одышку при умеренной физической нагрузке, похудание, снижение зрения и слуха, падения, запоры.

Анамнез заболевания

Пациент в течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Последние 4 года постоянно принимает пероральные гипогликемические препараты, диету не соблюдает. За последний год отмечает снижение массы тела на 15 кг. В течение последнего года участились приступы одышки при ходьбе по ровной местности более 400 метров и подъеме на 3 лестничных пролета. +

На улицу выходит редко, 1-2 раза в неделю, переносимость физической

нагрузки за последнее время снизилась, отмечает изменение походки, появление «шаткости» +

За последний месяц пациент упал 2 раза - дома и на улице, в вечернее время, при повторном падении ушиб плечо

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Работал бухгалтером до 65 лет. Проживает один в доме на 2 этаже многоквартирного дома. Мать больного страдала сахарным диабетом 2 типа, отец – хронической обструктивной болезнью лёгких. Не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 59 кг, индекс массы тела – 21,67 кг/м² окружность талии – 74 см. Периферических отеков нет.

Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота сердечных сокращений – 80 в минуту, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины, артериальное давление – 135/80 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево. Живот не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание свободное, ночью до 3 х раз. Стул- склонность к запорам. Мобильность снижена- передвигается с опорой на трость.

Для скрининга синдрома старческой астении у пациента необходимо провести

- 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель
- 150 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель
- 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель
- 20 000 МЕ ежемесячно в течение 4 месяцев

Результаты обследования

Опрос по шкале «Возраст не помеха»

4 балла: снижение зрения и слуха, травмы, связанные с падением, снижение памяти и других когнитивных функций и ограничение мобильности

Тест рисования часов

10 баллов

Тест «Встань и иди»

20 секунд

Оценка индекса Бартел

95 баллов

Пациент направлен на комплексную гериатрическую оценку. В первую очередь пациент должен быть направлен к специалисту - участнику гериатрической команды

- инструктору по лечебной физкультуре
- специалисту по социальной работе
- медицинской сестре
- врачу-гериатру

Для выявления и профилактики диабетических макроангиопатий пациенту показано выполнение

- инструктору по лечебной физкультуре
- специалисту по социальной работе
- медицинской сестре
- врачу-гериатру

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи

Утолщение комплекса интима-медиа до 1,0 мм. Эхо-признаки стенозирующего атеросклероза экстракраниальных отделов магистральных артерий шеи: стеноз правой подключичной артерии до 28% по диаметру, стеноз правой общей сонной артерии до 35% по диаметру, меньший диаметр левой подключичной артерии.

Пульсоксиметрия

Сатурация - 99 %.

Эхокардиография

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки 9 мм, межжелудочковой перегородки 10 мм. Зоны с нарушением локальной сократимости не выявлены. ФВ ЛЖ 60%.

Эзофагогастродуоденоскопия

Поверхностный антральный гастрит

К необходимым тестам для уточнения наличия синдрома старческой астении относится

- инструктору по лечебной физкультуре
- специалисту по социальной работе
- медицинской сестре
- врачу-гериатру

Результаты обследования

Краткая батарея тестов физического функционирования

4 балла

Скорость ходьбы

0,7 м/с

Тест на способность удерживать равновесие в тандемном положении

Не может удержать равновесие

Тест на способность встать со стула без помощи рук

Не может встать со стула без помощи рук

Результат краткой батареи тестов физического функционирования 4 балла свидетельствует о диагнозе

- инструктору по лечебной физкультуре

- специалисту по социальной работе
- медицинской сестре
- врачу-гериатру

Диагноз

Старческая астения

Риск развития старческой астении

Отсутствие старческой астении

Преастения

К модифицируемым факторам риска диабетической микроангиопатии у данного пациента относится

- возраст
- длительность сахарного диабета
- генетическая предрасположенность
- дислипидемия

Основным классом лекарственных средств, применяемых для лечения пациентов с дислипидемией, являются

- эзетимиб
- статины
- никотиновая кислота
- фибраты

Стратегия вмешательства с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента должна начинаться с

- модификации образа жизни в течение 6 месяцев, при неэффективности - переход к медикаментозной коррекции факторов риска
- медикаментозной коррекции факторов риска
- модификации образа жизни в течение 3 месяцев, при неэффективности - переход к медикаментозной коррекции факторов риска
- модификации образа жизни

Эффект гиполипидемической терапии рекомендуется контролировать посредством определения уровня

- общего холестерина
- холестерина липопротеидов низкой плотности
- триглицеридов
- липопротеина

К диабетической микроангиопатии относится

- заболевания артерий нижних конечностей
- диабетическая нефропатия
- цереброваскулярные заболевания
- ишемическая болезнь сердца

Для профилактики риска падений необходимо рекомендовать

- передвижение на улице с помощью кресла-каталки
- проживание с сиделкой
- помощь социального работника
- регулярную физическую активность под присмотром

При назначении статинов необходимо проводить мониторинг

- передвижение на улице с помощью кресла-каталки
- проживание с сиделкой
- помощь социального работника
- регулярную физическую активность под присмотром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 74 года обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На головную боль, головокружение, шум в ушах, сонливость и слабость, слабость в мышцах рук и ног, неустойчивость походки, снижение массы тела, снижение зрения и слуха, недержание мочи.

Анамнез заболевания

Постепенное нарастание жалоб в течение года, в течение месяца перестала справляться с выполнением привычных дел, уборкой дома. Появились сложности с приемом ванны. Около года недержание мочи, пользуется урологическим прокладками. Дважды падала за последний месяц, перестала выходить из дома, в том числе для совершения покупок, из-за страха падения. Похудела на 7 кг в течение года. Катаракта обоих глаз. Последние 10 лет отмечает частую головную боль, периодически возникающее головокружение, шум в ушах, слабость, немотивированную усталость. В течение последних нескольких месяцев отмечает выраженную сонливость. +

Также пациентка указывает на повышение холестерина в течение длительного времени. Гиполипидемическую терапию не получает. Диету не соблюдает. Инфаркт миокарда и инсульт в анамнезе отрицает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать – умерла в возрасте 65 лет от осложнений инфаркта миокарда; отец умер в возрасте 78 лет от острого нарушения мозгового кровообращения. В анамнезе также гипертоническая болезнь III

стадии, 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Получает гипотензивную терапию, на фоне принимаемой терапии достигнуты целевые значения артериального давления. Курила в течение 30 лет по 1 пачке сигарет в сутки; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 4 балла +

«Мини- КОГ» 4/5 баллов +

Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 53 кг, индекс массы тела – 19.2 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, нормальной влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота сердечных сокращений - 75 в минуту, артериальное давление - 130/80 мм рт. ст.

Выслушивается систолический шум на сонных артериях с обеих сторон. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. +

Краткая батарея тестов физического функционирования: +

Тест на равновесие – в положении «стопы вместе» 6,5 с, скорость ходьбы на 4 м 0,62 м/с, тест с 5 подъемами со стула 22,8 с. +

Тест «Встань и иди» 16,5 с, неустойчивость при развороте. +

Краткая шкала оценки питания (скрининговая часть) 10/14 баллов. +

Инструментальная активность по шкале Лоутон 5/8 баллов. +

Базовая функциональная активность по шкале Бартел 80/100 баллов. +

Монреальская шкала оценки когнитивных функций 25/30 баллов. +

Гериатрическая шкала депрессии 4/15 баллов.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- передвижение на улице с помощью кресла-каталки
- проживание с сиделкой
- помощь социального работника
- регулярную физическую активность под присмотром

Результаты лабораторных методов обследования

Определение липидного профиля

|=====

Наименование	Результат	Ед. изм.	Нормы
Холестерин общий	6,8	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	1,49	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	1,04	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,68	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	3,9	ммоль/л	(0,00-3,3)

|=====

Определение показателей коагулограммы

=====
| Показатель | Результат | Нормы
| АЧТВ | 33,2 | 27-36 сек
| МНО | 1,01 | 0,8-1,05
| ПТИ | 94 | 70-120%
| Фибриноген | 2,51 | 1,8-3,5 г/л

=====

Общий анализ мочи

=====
| Прозрачность | Прозрачная
| Цвет | Соломенно-желтый
| Относительная плотность (удельный вес) | 1,018
| Реакция мочи | рН 5,7
| Белок | 0,03 ммоль/л
| Глюкоза | отсутствуют
| Кетоновые тела | отсутствуют
| Эритроциты | 0-1 в поле зрения
| Лейкоциты | 0-3 в поле зрения
| Эпителий | 3-5 в поле зрения
| Цилиндры | Отсутствуют
| Бактерии | Отсутствуют
| Кристаллы | Отсутствуют
| Слизь | Отсутствуют
| Оксалаты | Отсутствуют

=====

Определение витамина В12 в крови

Витамин В12 – 475 нг/л (норма 200 – 1000 нг/л).

Определение уровня тропонин I

Тропонин I – 0.1 мкг/л (норма <0.5 мкг/л).

Определение уровня ТТГ

3,2 мЕд/л (норма 0,4–4,0 мЕд/л)

К обязательному методу исследования для установления диагноза старческой астении в данной ситуации относится

- передвижение на улице с помощью кресла-каталки
- проживание с сиделкой
- помощь социального работника
- регулярную физическую активность под присмотром

Результаты обследования

Комплексная гериатрическая оценка

Краткая батарея тестов физического функционирования:

- тест на равновесие – в положении «стопы вместе» 6,5 с, скорость ходьбы на 4

м 0,62 м/с, тест с 5 подъемами со стула 22,8 с

- Тест «Встань и иди» 16,5 с, неустойчивость при развороте
- Краткая шкала оценки питания (скрининговая часть) 10/14 баллов
- Инструментальная активность по шкале Лоутон 5/8 баллов
- Базовая функциональная активность по шкале Бартел 80/100 баллов
- Монреальская шкала оценки когнитивных функций 25/30 баллов
- Гериатрическая шкала депрессии 4/15 баллов

Оценка индекса коморбидности Чарлсона

4 балла

Опросник Бека

22 балла

Ультразвуковое исследование сонных артерий

Эхо-признаки атеросклероза внечерепных отделов брахиоцефальных артерий (со стенозированием устьев внутренних сонных артерий максимально справа до 50 %, слева – до 30 %). Петлеобразная извитость левой внутренней сонной артерии. Непрямолинейность хода позвоночных артерий между поперечными отростками шейных позвонков.

Результат краткой батареи тестов физического функционирования у пациентки составляет + ___ + балла/баллов

- 20
- 1
- 3
- 12

Полученный результат краткой батареи тестов физического функционирования соответствует диагнозу

- 20
- 1
- 3
- 12

Диагноз

Старческая астения

Преастения

Отсутствие старческой астении

Детренированность

Для коррекции дислипидемии у данной пациентки следует применять

- препарат из группы статинов
- никотиновую кислоту

- эзетимиб
- препарат из группы фибратов

Результат оценки по шкале Бартел 80 баллов указывает на + _____ + в повседневной функциональной активности

- легкую зависимость
- тяжелую зависимость
- отсутствие зависимости
- умеренную зависимость

Результат оценки по монреальской шкале оценки когнитивных функций 25 из 30 баллов указывает на

- сохранный когнитивный статус
- деменцию
- умеренные когнитивные нарушения
- когнитивные нарушения

При назначении статинов необходимо проводить мониторинг

- электролитов
- скорости клубочковой фильтрации
- сывороточных трансаминаз печени
- общего белка

Ведущим модифицируемым фактором риска развития атеросклероза, выявленного при первичном осмотре у данного пациента, является

- малоподвижный образ жизни
- возраст
- женский пол
- курение табака

Оперативное лечение стенозов сонных артерий рекомендовано у симптомных пациентов со стенозом сонных артерий в случае наличия стенозов более + ____ + % (NASCET), если частота периоперационного показателя «инсульт {plus} летальность от инсульта» составляет в учреждении менее 3% для больных с транзиторной ишемической атакой и менее 5% для пациентов, перенесших инсульт

- 60
- 30
- 50
- 40

Главной причиной ишемических инсультов является атеросклеротическое поражение

- висцеральных ветвей брюшного отдела аорты
- коронарных артерий
- грудного отдела аорты
- сосудов дуги аорты

После инсульта или транзиторной ишемической атаки назначение клопидогрела в комбинации с аспирином не рекомендуется в течение

- висцеральных ветвей брюшного отдела аорты
- коронарных артерий
- грудного отдела аорты
- сосудов дуги аорты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В. 68 лет поступил в кардиологическое отделение.

Жалобы

- на боли давящего характера в загрудинной области, возникающие при ходьбе на расстояние 100 метров и подъеме на 1-2 лестничных пролета, купирующиеся приемом нитратов короткого действия в течение 2-3 минут;
- на одышку, возникающую при небольшой физической или эмоциональной нагрузке.

Анамнез заболевания

Более 10 лет отмечает подъемы артериального давления до 180/110 мм рт. ст., принимал каптоприл по потребности, артериальное давление не контролировал. Боли за грудиной беспокоят в течение 4 лет, рекомендованные кардиологом препараты не принимал. Эпизодически применяет нитраты короткого действия с положительным эффектом. В настоящее время ежедневная потребность в нитратах 4-5 таблеток. Одышка при физической и эмоциональной нагрузке беспокоит более 1 года.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции. Наследственность: отец перенес 3 инфаркта миокарда, умер в возрасте 62 лет после третьего инфаркта миокарда. +

Курит с 17 лет по 20 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Работал строителем, в настоящее время на пенсии. Сопутствующие заболевания: хронический панкреатит.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 182 см, вес 78 кг. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,6°C. Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз губ. На коже век – ксантелазмы. Грудная клетка обычной формы, симметричная. Частота дыхательных движений 18 в минуту. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по

правому краю грудины, левая - в V межреберье на 2 см латеральнее левой среднеключичной линии, верхняя – на уровне верхнего края III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Частота сердечных сокращений - 148 ударов в минуту. Пульс 110 ударов в минуту. Дефицит пульса – около 40 в мин. Артериальное давление - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 9x8x6 см. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Стул в норме. Диурез адекватный водной нагрузке.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- висцеральных ветвей брюшного отдела аорты
- коронарных артерий
- грудного отдела аорты
- сосудов дуги аорты

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

=====		
Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0-160,0	165
Эритроциты	4,00-5,70	5,6
Лейкоциты	4,00-9,00	7,4
Нейтрофилы	48,00-78,00	62
Лимфоциты	17,0-48,0	31
Моноциты	2,0-10,0	6
Эозинофилы	0,0-6,0	1
Базофилы	0,0-1,0	0
Тромбоциты	150,0-320,0	290
СОЭ по Панченкову	2-20	9

Липидограмма

=====		
Параметр	Единицы	Результат
Общий холестерин	ммоль/л	7,3
Липопротеиды низкой плотности	ммоль/л	4,2
Липопротеиды высокой плотности	ммоль/л	1,6
Триглицериды	ммоль/л	1,4

Определение уровня фибриногена

3,2 г/л (норма 2-4)

Анализ мочи по Нечипоренко

|=====

Параметр	Единицы	Результат
Лейкоциты	Единиц в поле зрения	3000
Эритроциты	Единиц в поле зрения	900
цилиндры	Единиц в поле зрения	

|=====

Определение уровня антистрептолизина О, ревматоидного фактора

|=====

Параметр	Единицы	Результат	Норма
Антистрептолизин О	ед/мл	150	< 200 Ед/мл
Ревматоидный фактор	МЕ/мл	11	0-14

|=====

Определение уровня С-реактивного белка

3 мг/л (норма менее 5 мг/л) +

При оценки сердечно-сосудистых рисков: +

Высококчувствительный СРБ менее 1,0 мг/л - низкий риск +

1-3 мг/л – средний, более 3 мг/л повышенный риск

Необходимыми для постановки диагноза методами инструментального обследования являются

- висцеральных ветвей брюшного отдела аорты
- коронарных артерий
- грудного отдела аорты
- сосудов дуги аорты

Результаты обследования

Электрокардиография

Эхокардиография

Эхокардиография: +

Аорта не расширена, уплотнена. Створки аортального клапана уплотнены.

Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 13 мм. Фракция выброса левого желудочка на фоне тахiformы фибрилляции предсердий 47%.

Определяется трикуспидальная регургитация 1 ст.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень не увеличена, внутрпеченочные ферменты не расширены, очаговых образований не лоцируется. +

Поджелудочная железа не увеличена, контуры четкие, ровные, паренхима нормальной эхогенности, очаговых образований не выявлено. +

Селезенка не увеличена, паренхима не изменена, селезеночная вена 6 мм. +

Почки расположены обычно, размеры в пределах нормы. Контуры четкие, ровные. Паренхима не утолщена, кровоток остаточный.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

***Заключение*:** диффузные изменения щитовидной железы

Магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника

***Заключение*:** признаки возрастных изменений позвоночного столба

Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей

***Заключение*:** признаков тромбоза/тромбофлебита вен нижних конечностей не выявлено

К изменениям на электрокардиограмме, выявленным у данного больного, относится

- синоатриальная блокада 2 ст
- фибрилляция предсердий
- синдром Фредерика
- полная блокада левой ножки пучка Гиса

Учитывая жалобы, анамнез, данные лабораторных и физикальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- синоатриальная блокада 2 ст
- фибрилляция предсердий
- синдром Фредерика
- полная блокада левой ножки пучка Гиса

Диагноз

Ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия III функционального класса. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Хронический холецистит, обострение

Остеохондроз грудного отдела позвоночника, с выраженным болевым синдромом. Атеросклероз аорты, сосудов сердца

Ишемическая болезнь сердца: вазоспастическая стенокардия. Осложнение: хроническая сердечная недостаточность I ст., II функциональный класс (NYHA)

Для скрининга риска развития нежелательных реакций у госпитализированных пожилых пациентов используется шкала

- {nbsp}FRAIL
- {nbsp}GRACE
- {nbsp}GerontoNet
- {nbsp}SCORE

Препаратом выбора для купирования приступов стенокардии у больного является

- корвалол
- бисопролол
- триметазидин
- нитроглицерин

Препаратами, необходимыми для профилактики тромбоэмболических осложнений у данного пациента, являются

- тканевые активаторы плазминогена
- омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты
- ингибиторы P2Y₁₂ рецепторов
- оральные антикоагулянты

К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у данного пациента относится

- употребление алкоголя
- гиперхолестеринемия
- пол
- курение

К модифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у данного пациента относится

- курение
- возраст
- пол
- наследственность

Наиболее частым побочным эффектом нитроглицерина является

- головная боль
- изменение показателей печеночных ферментов
- лимфоцитопения
- отек лодыжек

Целевые значения уровня липопротеидов низкой плотности при терапии статинами у данного пациента должны составлять $\leq + \underline{\quad} +$ ммоль/л

- 1,4
- 3,0
- 2,6
- 1,8

В случае выявления выраженной преходящей ишемии миокарда врачу необходимо направить пациента на

- 1,4
- 3,0
- 2,6
- 1,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Л. 71 года поступил в отделение кардиологии.

Жалобы

На одышку при незначительной нагрузке, боли за грудиной давящего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке (медленная ходьба) и в покое 4 – 5 раз в сутки и купирующиеся нитроглицерином в течение 2 – 3 минут, ежедневная потребность в нитратах короткого действия 3-4таблетки, снижение кратковременной памяти, снижение зрения и слуха, нарушение сна, эпизоды недержания мочи.

Анамнез заболевания

- * Впервые подобные жалобы появились около 8 лет назад.
- * Два года назад находился на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда.
- * После инфаркта приступы загрудинных болей сохранялись.
- * Толерантность к физической нагрузке снижалась постепенно
- * Отмечает постепенное снижение зрения и слуха за последние 2 года.
- * Частые пробуждения и долгое засыпание беспокоят в течении 3 х лет, снотворные препараты не принимает.
- * Эпизоды недержания мочи беспокоят в течении последнего года.
- * В последний год стал значительно менее активным, реже выходит на улицу на прогулки и за продуктами.

Анамнез жизни

- * Не работает, пенсионер
- * Проживает с супругой
- * Вредные привычки: алкоголь эпизодически, курение до 20 сигарет в день
- * Гипертоническая болезнь 3 стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. При необходимости принимает каптоприл. Назначенные по поводу артериальной гипертензии препараты не принимает.

Объективный статус

Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 3 балла.

+

Температура тела 36,6°C. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы акроцианоз, отеки стоп и голеней, дыхание везикулярное, застойные хрипы в нижних отделах. Частота дыхательных движений 16 в мин.

Артериальное давление – 160/90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений–82

уд. в мин. слабого наполнения. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена {plus}2 см.

Обязательное обследование для установления диагноза старческой астении на данном этапе включает

- 1,4
- 3,0
- 2,6
- 1,8

Результаты обследования

Выполнение краткой батареи тестов физического функционирования

Тест на равновесие: в полутандемном положении стоп 8,5 с. Скорость ходьбы на 4 м: 0,72 м/с +

Тест с 5 подъемами со стула: 13,6 с

Рентгенография легких

Оценка по шкале спутанности сознания

Делирия нет

Тест «Встань и иди»

10,3 с

С учетом полученных данных дальнейшее обследование включает

- 1,4
- 3,0
- 2,6
- 1,8

Результаты обследования

Проведение комплексной гериатрической оценки

Краткая шкала оценки питания 22/30 балла +

Инструментальная активность по шкале Лоутон 7/8 баллов +

Базовая функциональная активность по шкале Бартел 95/100 баллов +

Монреальская шкала оценки когнитивных функций 27/30 баллов +

Гериатрическая шкала депрессии 3/15 балла

Выполнение эхокардиографии

Размер и объем левого предсердия в пределах нормы. Гипертрофия левого желудочка (индекс массы миокарда 112 г/м²). Створки аортального клапана уплотнены, без признаков стеноза, регургитация отсутствует. Створки митрального клапана уплотнены, митральная регургитация 1 степени. Признаки нарушения релаксации левого желудочка. Фракция выброса левого желудочка 62%

Выполнение ультразвукового исследования брюшной полости

Признаки жирового гепатоза

Проведение теста 6-минутной ходьбы

Пациент устал через 2 минуты ходьбы, пройдя 83 м, и отказался продолжать тест

Учитывая жалобы, анамнез, больному можно поставить кардиологический диагноз

- 1,4
- 3,0
- 2,6
- 1,8

Диагноз

Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения

Острый коронарный синдром

Тромбоэмболия легочной артерии

Внебольничная полисегментарная пневмония средней степени тяжести

К модифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у данного пациента относится

- пол
- отягощенность семейного анамнеза по сердечно-сосудистым заболеваниям
- возраст
- курение

К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у данного пациента относится

- курение
- артериальная гипертензия
- возраст
- употребление алкоголя

Фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациента со стенокардией напряжения является

- глаукома
- хронический пиелонефрит
- артериальная гипертензия
- варикозное расширение вен нижних конечностей

Для выявления преходящей ишемии миокарда и верификации симптом-связанной коронарной артерии данному пациенту целесообразно выполнить

- чреспищеводную эхокардиографию
- стресс-эхокардиографию
- суточное мониторирование артериального давления
- оптическую когерентную томографию

При выявлении преходящей ишемии миокарда по результатам стресс-эхокардиографии пациенту необходимо выполнить

- установку искусственного водителя ритма
- внутривенное введение препаратов калия
- коронароангиографию
- аорто-коронарное шунтирование

Целевые значения липопротеидов низкой плотности у данного пациента составляют менее + ___ + ммоль/л

- 1,8
- 3,5
- 2,2
- 2,6

При проведении коронарной ангиографии у данного пациента выявлен стеноз в средней трети огибающей артерии до 85%. Пациенту выполнено стентирование, в связи с чем необходимо назначить

- двойную антикоагулянтную терапию
- двойную антитромбоцитарную терапию
- введение тканевого активатора плазминогена
- тройную антитромбоцитарную терапию

Немедикаментозным методом лечения, показанным данному пациенту, является

- отказ от употребления рыбы
- ограничение употребления овощей
- отказ от курения
- употребление соли в количестве не менее 5 г/сут

Препаратами первого выбора для коррекции липидного обмена при стабильной ишемической болезни сердца являются

- отказ от употребления рыбы
- ограничение употребления овощей
- отказ от курения

- употребление соли в количестве не менее 5 г/сут

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 72 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом.

Жалобы

- на эпизодическую боль в загрудинной области давящего характера, возникающую при небольшой физической нагрузке (ходьба менее 500 м, подъеме по лестнице на 2 этаж), эмоциональной нагрузке, купирующуюся приемом нитратов в течение 3-4 минут, эпизодически в покое;
- на одышку при незначительной физической нагрузке;
- на шаткость и неустойчивость при ходьбе;
- на снижение зрения;
- на страх падений

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 55 лет, когда впервые стал отмечать загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое и после нитратов короткого действия. Получает постоянную терапию нитратами, периндоприлом, индапамидом, аспирином. Несмотря на антигипертензивную терапию последние 6 мес., артериальное давление плохо контролируется. В течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает постоянную сахароснижающую терапию (метформин). Назначенную гиполипидемическую терапию самостоятельно отменил. Отмечает ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда ангинозные боли стали возникать чаще, усилилась одышка, появились отеки ног.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование среднее. На пенсии с 60 лет, работал электриком. Наследственность: отягощена по линии отца по сердечно-сосудистым заболеваниям. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Отмечает неустойчивость, шаткость при ходьбе последние 6 месяцев, за это время – 2 эпизода падения (в ванной и 1 раз в комнате), переломов не было. Отмечает снижение зрения в течение 3 лет. По данным медицинской документации уровень витамина D 26 нг/мл.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. Индекс массы тела – 38,2 кг/м². Окружность талии – 112 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., Частота сердечных сокращений – 79 удара в минуту. Живот при

пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. Ходит медленно, короткими шагами. Шкала «Возраст не помеха» 3 балла.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- отказ от употребления рыбы
- ограничение употребления овощей
- отказ от курения
- употребление соли в количестве не менее 5 г/сут

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|=====

^h| Показатель ^h| Результат ^h| Норма

| Эритроциты, $\times 10^{12}/л$ | 4,7 | М. 4,5-5,0

Ж. 3,7-4,7

| Гемоглобин, г/л | 133,1 | М. 132-164

Ж. 115-145

| ЦП | 0,85 | 0,85-1,05

| Ретикулоциты, % | - | 2-12

| СОЭ, мм/ч | 15 | М. 2-10

Ж. 2-15

| Тромбоциты, $\times 10^9/л$ | 199,4 | 180-320

| Гематокрит, % | 42,7 | М. 40-48

Ж. 36-41

| Лейкоциты, $\times 10^9/л$ | 9,03 | 4-9

3+^h| Лейкоцитарная формула

| Нейтрофилы палочкоядерные, % | 1 | 1-5

| Нейтрофилы сегментоядерные, % | 58 | 47-72

| Эозинофилы, % | 3 | 1-5

| Базофилы, % | 1 | 0-1

| Лимфоциты, % | 31 | 20-40

| Моноциты, % | 6 | 2-10

|=====

Определение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак

Гликозилированный гемоглобин (HbA1c) – 6,1%. +

Глюкоза в плазме крови натощак – 5,4 ммоль/л

Анализ мочи по Нечипоренко

|=====

| Параметр | Единицы | Результат

| Лейкоциты | Единиц в поле зрения | 3000

| Эритроциты | Единиц в поле зрения | 900

| цилиндры | Единиц в поле зрения |

|=====

Определение уровня международного нормализованного отношения

Международное нормализованное отношение = 1,08

Определение уровня антистрептолизина О, ревматоидного фактора

|=====

| Параметр | Единицы | Результат | Норма

| Антистрептолизин О | ед/мл | 150 | < 200 Ед/мл

| Ревматоидный фактор | МЕ/мл | 11 | 0-14

|=====

Высокочувствительный СРБ

СРБ – 4,5 мг/л (норма менее 5 мг/л) +

При оценки сердечно-сосудистых рисков: +

Высокочувствительный СРБ менее 1,0 мг/л -низкий риск +

1-3 мг/л – средний, более 3 мг/л повышенный риск

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- отказ от употребления рыбы
- ограничение употребления овощей
- отказ от курения
- употребление соли в количестве не менее 5 г/сут

Результаты инструментальных методов обследования

Электрокардиография

Заключение: ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений – 88 в минуту, PR 158 мсек., QRS 89 мсек., QT 402 мсек., QTc 392 мсек., нормальное положение электрической оси сердца.

Трансторакальная эхокардиография

Заключение: полость левого желудочка: Dd 5,1 см (N до 5,5); конечный диастолический объем 114 мл; конечный систолический объем 47 мл. Толщина стенок левого желудочка: межжелудочковая перегородка 1,0 см; задняя стенка 1,0 см. Глобальная сократительная функция левого желудочка: не нарушена, фракция выброса левого желудочка=54%. Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая дисфункция по 1 типу. Полость правого желудочка: 2,5 см. характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 4,2 мл. +
Нарушение диастолической функции левого желудочка, уплотнение стенок аорты.

Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей

Заключение: патологии не выявлено

Магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника

Заключение: Дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника

УЗИ щитовидной железы

Патология не выявлена

Спирометрия

Обструктивные и рестриктивные нарушения не зафиксированы

Учитывая жалобы, анамнез, данные лабораторных и физикальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- отказ от употребления рыбы
- ограничение употребления овощей
- отказ от курения
- употребление соли в количестве не менее 5 г/сут

Диагноз

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения

Острый коронарный синдром

Ишемическая болезнь сердца. Впервые возникшая стенокардия

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия Принцметала

У данного пациента клинические проявления свидетельствуют о наличии + _____ + функционального класса стенокардии напряжения

- II
- I
- IV
- III

Фоновым заболеванием, которое усугубляет течение основного заболевания и является фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, является

- гипертоническая болезнь 3 стадии, артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений
- гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия 2 степени, очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений
- гипертоническая болезнь 3 стадии, артериальная гипертензия 3 степени, низкий риск развития сердечно-сосудистых осложнений
- гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия 3 степени, высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений

Уровни глюкозы плазмы крови натощак и гликозилированного гемоглобина обуславливают необходимость

- добавления второго сахароснижающего препарата
- продолжения приема назначенного препарата в полном объеме

- дополнительного введения инсулина короткого действия на фоне продолжения приема метформина
- отмены метформина и перевода пациента на препараты инсулина

В качестве антиангинальной терапии пациенту следует назначить

- комплексную метаболическую терапию, включающая триметазидин, мексидол и препараты калия
- комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция
- комплексную терапию, включающая триметазидин и ранолазин
- монотерапию ивабрадином

Целевое значение частоты сердечных сокращений у пациента на фоне принимаемой терапии должно составлять + ____ + ударов в минуту

- 45-50
- 65-70
- 55-60
- 75-80

Целевые значения уровня липопротеидов низкой плотности при терапии статинами у данного пациента должны составлять + ____ + ммоль/л

- $\leq 3,0$
- $< 1,4$
- $\leq 4,0$
- $\leq 2,5$

Оценить походку и риск падений у пожилых пациентов позволяет тест

- «Встань и иди»
- тандемный тест
- скорость ходьбы на расстоянии 6 метров
- тест вставания со стула 5 раз без помощи рук

Учитывая риск падений, пациенту необходимо назначить консультацию

- пульмонолога
- офтальмолога
- гастроэнтеролога
- ревматолога

В составе комплекса мер для снижения риска падений пациенту с необходимо назначить

- пульмонолога
- офтальмолога

- гастроэнтеролога
- ревматолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился к врачу- дерматовенерологу.

Жалобы

На слабость, недомогание, сильный зуд по всему кожному покрову.

Анамнез заболевания

Отрицает какие-либо кожные заболевания в течение жизни. В течение последних 2 недель 10 лет отмечает резкое ухудшение самочувствия, нарастающую слабость, недомогание, сильный зуд, «посинение кожи».

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * длительно наблюдался у нарколога по поводу алкоголизма, в течение последних 3 лет отрицает употребление алкоголя
- * не курит
- * профессиональных вредностей не имел
- * аллергических реакций не было
- * отец скончался вследствие травм, полученных при ДТП, мать наблюдается по поводу сахарного диабета первого типа

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 92 кг. Кожные покровы – светло-коричневые с синеватым оттенком. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 2 см ниже края реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации диагностическим методам исследования относятся

- пульмонолога
- офтальмолога
- гастроэнтеролога
- ревматолога

Результаты обследования

Клинический осмотр

{nbsp}

Процесс на коже носит универсальный характер, выражена сухость кожных покровов, цвет- светло-коричневый с синеватым оттенком. Выражено мелкопластинчатое шелушение. Локтевые, паховые, бедренные лимфатические узлы несколько увеличены в диаметре, подвижны, безболезненны.

Гистологическое исследование

{nbsp}

Отмечается эпидермотропизм атипичных Т- лимфоцитов, микроабсцессы

Потрие в эпидермисе,выраженная лимфоидная инфильтрация

Обследование с помощью лампы Вуда

В очагах поражения на груди и животе не определяется свечение

УЗИ очагов поражения

При УЗИ очагов поражения на груди и спине высокочастотным датчиком нарушений структуры кожи не определяются

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Микроскопическое исследование на грибы

Грибы не обнаружены

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- пульмонолога
- офтальмолога
- гастроэнтеролога
- ревматолога

Диагноз

Грибовидный микоз. Эритродермическая форма

Грибовидный микоз. Эритематозная стадия

Грибовидный микоз. Бляшечная стадия

Псевдолимфома

Эритродермической разновидностью грибовидного микоза могут быть формы + _____ + и + _____ +

- рупиоидная
- экссудативная
- фолликулярная
- сухая
- вариолиформная
- асбестовидная

Эритродермический вариант грибовидного микоза является

- наиболее частой формой грибовидного микоза
- проявлением последней стадии грибовидного микоза
- типичной формой грибовидного микоза

- редкой формой грибovidного микоза

Вспомогательным методом диагностики при данном заболевании будет

- сиаскопия
- себуметрия
- молекулярно-биологическое исследование
- измерение трансэпидермальной потери воды

Оценить походку и риск падений у пожилых пациентов позволяет

- тест «Встань и иди»
- скорость ходьбы на расстоянии 6 метров
- тест вставания со стула 5 раз без помощи рук
- тандемный тест

Пациент выполнил тест «Встань и иди» за 24 с., таким образом, полученный результат свидетельствует о/об

- наличии старческой саркопении
- наличии синдрома риска падений
- отсутствии риска падений
- нарушении походки и равновесия

Рекомендуемый целевой уровень 25(ОН) D3 при медикаментозной коррекции дефицита витамина D составляет + _____ + нг/мл

- 10-20
- меньше 30
- 40-80
- 30-60

В составе комплекса мер для снижения риска падений пациенту необходимо назначить

- колекальциферол
- ретинол
- магний
- витамины группы В

Реабилитация при данном заболевании

- профессиональная
- не применяется
- медицинская
- медико- профессиональная

Профилактика данного заболевания

- отсутствует
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- специфическая (вакцинация)
- неспецифическая – гипоаллергенная диета

Помимо физикального осмотра, данному пациенту необходимо проводить

- отсутствует
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- специфическая (вакцинация)
- неспецифическая – гипоаллергенная диета

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На сильный зуд по всему кожному покрову.

Анамнез заболевания

В течение 10 лет наблюдается по поводу крупнобляшечного параспориоза. В последние несколько недель отмечает появление зуда.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * отец скончался вследствие нарушения мозгового кровообращения, мать скончалась вследствие инфаркта миокарда

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации диагностическим методам исследования относятся

- отсутствует
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- специфическая (вакцинация)
- неспецифическая – гипоаллергенная диета

Результаты обследования

Клинический осмотр

На коже груди и живота имеются множественные округлой и овальной формы пятнистые высыпания от 6 до 12 см в диаметре, розовато-бурого цвета, сопровождающиеся нестерпимым зудом. Локтевые лимфатические узлы увеличены до 2 см в диаметре, подвижны, безболезненны.

Гистологическое исследование

Отмечается выраженный акантоз, особая форма эпидермиса – с широкими, как бы сливающимися эпидермальными отростками и широкой надсосочковой зоной, участки вакуольной дистрофии в базальных клетках, увеличение числа фигур митоза в различных слоях эпидермиса, наличие участков паракератоза, экзоцитоз лимфоцитов в эпидермисе.

Обследование с помощью лампы Вуда

В очагах поражения на груди и животе не определяется свечение

УЗИ очагов поражения

При УЗИ очагов поражения на груди и спине высокочастотным датчиком нарушений структуры кожи не определяются

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Микроскопическое исследование на наличие кокковой флоры

Кокковая флора не обнаружена

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- отсутствует
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- специфическая (вакцинация)
- неспецифическая – гипоаллергенная диета

Диагноз

Грибовидный микоз. Ранняя (пятнистая, эритематозная) стадия

Крупнобляшечный парасориаз. Экзацерабция

Грибовидный микоз. Бляшечная стадия

Псевдолимфома

Развитие заболевания у пациентки обусловлено + _____ + к неконтролируемой клональной пролиферации и накоплению неопластических Т-клеток в коже

- хронической антигенной стимуляцией, которая ведет
- интермиттирующей антигенной стимуляцией, которая не ведет
- спонтанной антигенной стимуляцией, которая не ведет
- спорадической антигенной стимуляцией, которая не ведет

Данное заболевание является наиболее часто встречающейся формой

- неходжкинской лимфомы
- псориаза
- хронического лимфолейкоза
- кожной Т-клеточной лимфомы

Для данного заболевания характерно

- быстрое начало и волнообразное течение
- внезапное начало и фульминантное течение
- начало после значимого провоцирующего фактора и молниеносное развитие
- постепенное начало и медленное развитие

Оценить походку и риск падений у пожилых пациентов позволяет

- скорость ходьбы на расстоянии 6 метров
- тест «Встань и иди»
- тандемный тест
- тест вставания со стула 5 раз без помощи рук

Пациентка выполнил тест «Встань и иди» за 24 с., таким образом, полученный результат свидетельствует о/об

- наличии синдрома риска падений
- отсутствии риска падений
- наличии старческой саркопении
- нарушении походки и равновесия

Рекомендуемый целевой уровень 25(ОН) D3 при медикаментозной коррекции дефицита витамина D составляет + _____ + нг/мл

- меньше 30
- 30-60
- 40-80
- 10-20

В составе комплекса мер для снижения риска падений пациенту необходимо назначить

- магний
- витамины группы В
- ретинол
- колекальциферол

Реабилитация при данном заболевании

- мазь бепантен - 1 раз в день, 14 дней
- мазь солкосерил - 1 раз в день, 10 дней
- не применяется
- мазь банеоцин - 2 раза в день, 21 день

Профилактика данного заболевания

- специфическая - вакцинация
- отсутствует
- неспецифическая – гипоаллергенная диета
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций

Помимо физикального осмотра, данной пациентке необходимо проводить

- специфическая - вакцинация
- отсутствует
- неспецифическая – гипоаллергенная диета
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился к врачу- дерматовенерологу.

Жалобы

На слабость, недомогание, сильный зуд по всему кожному покрову, снижение памяти на текущие события, падения.

Анамнез заболевания

Отрицает какие - либо кожные заболевания в течение жизни. В течение последних 2 недель 10 лет отмечает резкое ухудшение самочувствия, нарастающую слабость, недомогание, сильный зуд, «посинение кожи»

Анамнез жизни

* За последний месяц 2 падения: 1 раз дома в ванной, второй раз на улице (запнулся о бордюр);

* хронические заболевания отрицает;

* не курит, алкоголь употребляет умеренно, 2-3 раза в неделю;

* профессиональных вредностей не имел;

* аллергических реакций не было;

* отец скончался вследствие травм, полученных при ДТП, мать от сахарного диабета.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 179 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы – ярко-красного цвета с синеватым оттенком. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации диагностическим методам исследования относятся

- специфическая - вакцинация
- отсутствует
- неспецифическая – гипоаллергенная диета
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций

Результаты обследования

Клинический осмотр

Процесс на коже носит универсальный характер, выражена сухость кожных покровов, – ярко-красного цвета с синеватым оттенком. Умеренно выражена инфильтрация кожи, имеется мелкопластинчатое шелушение. Локтевые, пазовые, бедренные лимфатические узлы несколько увеличены в диаметре, подвижны, безболезненны.

Гистологическое исследование

В верхних слоях дермы — плотные инфильтраты из лимфоцитов, гистиоцитов и клеток Сезари . В эпидермисе — микроабсцессы Потрие, содержащие клетки Сезари и лимфоциты.

Обследование с помощью лампы Вуда

В очагах поражения на груди и животе определяется изумрудно- зеленое свечение

УЗИ очагов поражения

При УЗИ очагов поражения на груди и спине высокочастотным датчиком нарушений структуры кожи не определяются

Рентгенография органов грудной клетки

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости

Патология не выявлена

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- специфическая - вакцинация
- отсутствует
- неспецифическая – гипоаллергенная диета
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций

Диагноз

Синдром Сезари

Грибовидный микоз. Эритематозная стадия

Грибовидный микоз. Бляшечная стадия

Псевдолимфома

Для данной формы заболевания характерна

- папулезные высыпания
- склеродермия
- анетодермия
- эритродермия

Как правило синдром Сезари начинается с развития эритродермии, которая сопровождается

- алопецией
- пустулезными высыпаниями
- сильным зудом
- псориатическими высыпаниями

Оценить походку и риск падений у пожилых пациентов позволяет оценить

- скорость ходьбы на расстоянии 6 метров
- тест вставания со стула 5 раз без помощи рук
- тест «Встань и иди»
- тандемный тест

Пациент выполнил тест «Встань и иди» за 24 с. Полученный результат свидетельствует о/об

- наличии старческой саркопении
- наличии синдрома риска падений
- нарушении походки и равновесия
- отсутствии риска падений

Рекомендуемый целевой уровень 25(ОН) D3 при медикаментозной коррекции дефицита витамина D составляет + _____ + нг/мл

- 30-60
- 40-80
- 100-130
- 10-20

В данной клинической ситуации целесообразно назначить

- мазь солкосерил 1 раз в день, 10 дней
- мазь банеоцин, 2 раза в день курсом 19 дней
- мометазона фураат (мазь, крем) 2 раза в день до разрешения высыпаний
- мазь бепантен 1 раз в день курсом 14 дней

В составе комплекса мер для снижения риска падений пациенту необходимо назначить

- ретинол
- колекальциферол
- магний
- витамины группы В

Профилактикой падения у пациентов с высоким риском данного клинического состояния будет

- назначение лечебно-охранительного режима и поливитаминных препаратов
- обязательная отмена одного из гипотензивных препаратов
- назначение кардиометаболических препаратов
- ревизия лекарственных назначений с целью уменьшения полипрагмазии

Профилактика синдрома Сезари

- неспецифическая – гипоаллергенная диета
- специфическая - вакцинация
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- отсутствует (методов не существует)

При выявлении симптомов или признаков синдрома Сезари пациент должен быть направлен на консультацию к врачу

- неспецифическая – гипоаллергенная диета
- специфическая - вакцинация
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- отсутствует (методов не существует)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился к врачу дерматовенерологу.

Жалобы

На сильный зуд, появление высыпаний.

Анамнез заболевания

2 месяца назад отметил появление высыпаний на коже. В последние несколько недель отмечает появление зуда.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголь употребляет не менее 5 раз в неделю;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;

* отец скончался вследствие инфаркта миокарда, мать скончалась вследствие нарушения мозгового кровообращения.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации диагностическим методам исследования относятся

- неспецифическая – гипоаллергенная диета
- специфическая - вакцинация
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- отсутствует (методов не существует)

Результаты обследования

Клинический осмотр

Гистологическое исследование

Эпидермис - с выраженным акантазом и микроабсцессами Потрие, Проллиферат преимущественно из малых и средних лимфоцитов располагается большей частью полосовидно, иногда диффузно. Выраженный эпидермотропизм сопровождается гидропической дистрофией клеток базального слоя и потерей четкости зоны базальной мембраны. Субэпидермальная дерма отечна, с признаками пролиферации посткапиллярных венул.

Обследование с помощью лампы Вуда

В очагах поражения на груди и животе определяется изумрудно- зеленое свечение

УЗИ очагов поражения

При УЗИ очагов поражения на груди и спине высокочастотным датчиком нарушений структуры кожи не определяются

Рентгенография органов грудной клетки.

При рентгенографии органов грудной стенки тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Микроскопия на грибы

Грибы не обнаружены

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- неспецифическая – гипоаллергенная диета
- специфическая - вакцинация
- неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- отсутствует (методов не существует)

Диагноз

Грибовидный микоз. Бляшечная стадия

Крупнобляшечный парасориаз. Экзацерабция

Грибовидный микоз. Опухолевая стадия

Псевдолимфома

Для повышения точности гистологического исследования необходимо проводить исследование не ранее чем через + _____ + после применения системных кортикостероидов, иммунодепрессантов, топических средств

- 1 неделю
- 2 недели
- 3 дня
- 5 дней

Высыпания при грибовидном микозе бесследно разрешаться

- не могут, характерен быстрый рост и распространение
- не могут, характерен медленный неуклонный рост
- могут
- не могут, возможна лишь временная стабилизация кожного процесса

Комбинация компьютерной рентгеновской томографии и позитронной эмиссионной томографии органов грудной полости, брюшной полости и малого таза

- имеет диагностическую ценность только в сочетании с УЗИ-диагностикой
- позволяет обнаружить поражение лимфатических узлов с более высокой чувствительностью, чем каждый из этих методов в отдельности
- не имеет ценности для диагностики грибовидного микоза
- имеет диагностическую ценность только в сочетании с себуметрией

Для бляшечной стадии заболевания характерно

- образование «томатных» опухолей
- медленное и неравномерное разрешение очагов на коже
- отсутствие поражения лимфатических узлов
- отсутствие зуда

16 баллов по Краткой шкале оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA) свидетельствует о/об

- риске недостаточности питания (мальнутриции)
- недостаточности питания (мальнутриции)

- избыточном питании
- нормальном статусе питания

Мальнутриция у пациентов с синдромом старческой астении

- не влияет на частоту повторных госпитализаций
- ассоциирована со снижением частоты госпитализаций
- ассоциирована с повышением частоты повторных госпитализаций
- вначале снижает, а позднее повышает частоту госпитализаций

Предпочтительным способом кормления данного пациента с мальнутрицией будет

- назначение стандартного механически и термически чадящего диетического питания
- комбинированный путь введения пищи и специализированных смесей
- зондовый путь введения пищи и специализированных смесей для клинического питания
- пероральный путь введения пищи и специализированных смесей для клинического питания

Реабилитация при грибовидном микозе

- только медицинская
- в основном профессиональная
- как правило медико-профессиональная
- не применяется

Профилактика грибовидного микоза

- отсутствует (методов не существует)
- как правило неспецифическая - гипоаллергенная диета
- в основном неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- преимущественно специфическая (вакцинация)

Помимо физикального осмотра с картированием кожи пациентам с ранними стадиями грибовидного микоза показана (-ны)

- отсутствует (методов не существует)
- как правило неспецифическая - гипоаллергенная диета
- в основном неспецифическая – исключение стрессовых ситуаций
- преимущественно специфическая (вакцинация)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Р., 75 лет, в плановом порядке обратилась к гериатру.

Жалобы

На экспираторную одышку при ходьбе на расстоянии 300-350 метров, периодически кашель по утрам с выделением небольшого количества слизистой мокроты, ощущение головокружения, снижение памяти на текущие события.

Анамнез заболевания

Диагноз ХОБЛ поставлен 10 лет назад в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, взята на диспансерный учет с кратностью осмотров 2 раза в год, регулярно наблюдается у пульмонолога. Отмечает положительный эффект от ингаляций ипатропиума бромида, увеличение их количества в последние несколько дней способствовало улучшению состояния. Обострений за последний год не было. Также в последнее время отметила снижение памяти на текущие события, несистемное головокружение, нестабильность, шаткость при ходьбе, появился страх падения, из-за чего ограничила мобильность, редко стала выходить из дома.

Анамнез жизни

Проживает одна в 2-х комнатной квартире, пользуется услугами социального работника. Образование среднее, работала мастером, длительное время контактировала с пылью. В настоящее время на пенсии, инвалидности не имеет.

+

Вредные привычки: курит в среднем 20 сигарет в день с 28 лет. +

Аллергологический анамнез не отягощен. +

Хронические заболевания:

- гипертоническая болезнь, гипотензивная терапия регулярная, на фоне терапии целевые значения АД;

- полиостеоартроз, НПВС 2-3 раза в месяц;

- хронический панкреатит;

Переломы: нет. +

Гинекологический анамнез: Б-4 Р-2. +

Менопауза с 42 лет (физиологическая). +

Гинекологические заболевания отрицает.

Объективный статус

При осмотре: в сознании, ориентируется в месте, в собственной личности правильно и частично во времени (не помнит число). На вопросы отвечает по существу, речь замедленная, быстро истощается, тревожна. Мобильность снижена, походка с опорой на ходунки, шаг укорочен, на широкой базе.

Выраженная поструральная неустойчивость. +

Пациентка нормостенического телосложения. Рост 157 см, вес 59 кг. Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Слизистые розовые, чистые.

Периферических отеков нет. Молочные железы визуально не изменены. +

Грудная клетка участвует в акте дыхания симметрично. ЧДД 15 в минуту.

Сатурация 95 на атмосферном воздухе. Дыхание при аускультации жесткое, сухие, рассеянные хрипы на выдохе. +

Область сердца не изменена. Тоны сердца при аускультации приглушены,

ритмичные, шумы не выслушиваются АД 135/62 мм рт. ст. ЧСС 60 в минуту + Живот при пальпации мягкий безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное учащенное до 3-х раз ночью. Стул склонность к запорам (принимает слабительный препарат в режиме «по требованию» - сеннаде), был утром, кал обычного цвета и консистенции.

По результатам спирографии у пациентки будет определяться снижение показателя

- ОФВ1/ФЖЕЛ
- ФЖЕЛ
- ФЖЕЛ/ОФВ1
- ЖЕЛ

Значение показателя ОФВ1 пациентки 65%, что соответствует + _____ + степени тяжести ХОБЛ

- средней
- тяжелой
- крайне тяжелой
- легкой

Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием

- {nbsp}COPD diagnostic questionnaire
- шкалы САТ
- {nbsp}NYHA
- шкалы mMRC

Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ является

- увеличение ежедневной физической активности
- отказ от курения
- снижение уровня психоэмоционального стресса
- коррекция диеты

Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

- снижение уровня инвалидизации
- достижение контроля симптомов ХОБЛ
- увеличение продолжительности жизни больных
- снижение лекарственной зависимости

В качестве мероприятий вторичной профилактики для предупреждения обострений и прогрессирования ХОБЛ рекомендуется

- вакцинация против гриппа

- вакцинация против коклюша
- закаливание
- вакцинация против кори

Вакцинацию от гриппа пациентке следует проводить

- каждый месяц
- 1 раз в год
- 2 раза в год
- 1 раз в 5 лет

В группу высокого риска развития пневмококковых инфекций, входят пациенты

- с индексом массы тела < 40 кг/м²
- проживающие в семьях
- старше 65 лет
- с неадекватным ответом на антибиотикотерапию

Пациентке 75 лет, с целью разработки плана лечения и наблюдения необходимо выполнить

- {nbsp}MMSE
- тест «Возраст не помеха»
- КГО (Комплексную гериатрическую оценку)
- Моса тест

Пациентка выполнила тест «Встань и иди» за 24 секунды, полученный результат свидетельствует о

- тест не информативен
- старческая астения не выявлена
- наличии синдрома старческой астении
- старческая астения маловероятна

Для оценки риска развития тяжелых когнитивных нарушений пациентке необходимо выполнить следующий скрининговый тест

- {nbsp}CAT
- Морзе
- {nbsp}MRc
- мини-КОГ

Основными целями оказания медицинской помощи при ведении пациентов со старческой астенией являются

- {nbsp}CAT
- Морзе

- {nbsp}MRc
- мини-КОГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 76 лет, госпитализирована в гериатрическое отделение.

Жалобы

Нарастающая слабость, похудание на 3 кг за месяц, головокружение, учащенное сердцебиение, периодически – боль в поясничном отделе позвоночника, падение дома.

Анамнез заболевания

8 месяцев назад оперирована по поводу рака эндометрия, химиотерапия не проводилась. Регулярно наблюдается у гинеколога, онколога - данных за рецидив заболевания, метастазирование нет. Ухудшение в течение месяца – постепенное нарастание слабости, утомляемости. Стала отмечать учащенное сердцебиение. Перестала выходить на улицу. Неделю назад на фоне головокружения и слабости упала у себя в квартире. Подняться помог муж. С этого времени – усиление болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника. Вызвала на дом участкового терапевта, рекомендована госпитализация.

Анамнез жизни

* 20 лет страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД 160/90 мм рт. ст. Регулярно принимает лозартан 20 мг. ОИМ, ОНМК, сахарный диабет отрицает.

* 7 лет назад диагностирован остеопороз, 3 года назад – низкоэнергетический перелом тела позвонка L2. Антиостеопоротическую терапию не получала. Периодически принимает препараты кальция и витамина Д. Отмечает умеренные боли в поясничном отделе позвоночника.

* Перенесенные операции: холецистэктомия по поводу ЖКБ в 2016 году.

* Вредные привычки отрицает.

* Пенсионерка, инвалид 2 группы.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Рост 152 см (в молодости - 158 см, снижение роста на 6 см в течение жизни), масса тела 66 кг, ИМТ 28,6 кг/м². Кожные покровы бледные. Температура тела 36,8. Периферических отеков нет. Кифосколиотическая деформация грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, систолический шум с максимумом на верхушке. ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание без особенностей. Стул склонен к запорам. +
Гериатрический статус: опросник «Возраст не помеха» - 4 балла, краткая батарея тестов физического функционирования – 9 баллов, индивидуальный 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX – 22%, для шейки бедра – 6,8%. ВАШ – 5 баллов. +

Лабораторные показатели: RBC- $2,47 \times 10^{12}/л$, Hb 86 г/л, MCV 83 fl, WBC- $5,6 \times 10^9/л$, PLT $122 \times 10^9/л$, СОЭ 52 мм/ч

Для уточнения характера анемии необходимо определить следующие показатели

- {nbsp}САТ
- Морзе
- {nbsp}MRc
- мини-КОГ

Результаты обследования

Ретикулоциты

Ретикулоциты 1,2 ‰ (норма 2-10 ‰)

Гематокрит

36% (норма 35-47)

Параметры, характеризующие статус железа

Ферритин – 96 мкг/л (норма 10 - 120 мкг/л) +

Сывороточное железо 5,2 мкмоль/л +

Насыщение трансферрина железом 17%

25(ОН)Д

22 нг/мл (норма 6,6-26 мкмоль/л)

ЛПНП

2,8 ммоль/л (референсные значения: < 3,0 ммоль/л)

Онкомаркер РЭА

2,8 нг/мл (норма для некурящих: 0-3,8 нг/мл)

Данной пациентке, учитывая наличие хронической боли в спине, эпизода падения и перелома тела позвонка в анамнезе, необходимо

- {nbsp}САТ
- Морзе
- {nbsp}MRc
- мини-КОГ

Результаты обследования

Рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника в двух проекциях

Признаки «старого» компрессионного перелома тела L2

Парапротеины и М-градиент крови и мочи

Отрицательный (не определяются)

Рентгеновская денситометрия

T-критерий: L1-L4 - 3,6 SD, шейка бедренной кости - 3,2 SD, Total hip - 3,1 SD (признаки тяжелого остеопороза)

Сцинтиграфия костей скелета

Данных за очаговое поражение костей скелета нет

УЗИ почек

Структурных изменений почек не выявлено

УЗДГ сосудов нижних конечностей

Признаки атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей

Лабораторный показатель, который необходимо определить пациентке с хронической болью для оценки интенсивности воспаления - это

- интерлейкин - 10
- ревматоидный фактор
- фибриноген
- С-реактивный белок

Пациентке с синдромом падений необходимо оценить уровень

- АлТ, АсТ, билирубина
- Д-димера, МНО
- амилазы крови, гамма-глутамилтрансферазы, щелочной фосфатазы
- общего белка и альбумина сыворотки крови

Интерпретируйте полученные данные анализа крови у пациентки

- микроцитарная анемия тяжелого течения
- нормоцитарная анемия легкого течения
- нормоцитарная анемия средней тяжести
- макроцитарная анемия средней тяжести

Наиболее вероятная причина анемии у пациентки

- синдром старческой астении
- злокачественное новообразование
- кровотечение
- тяжелый остеопороз

У пациентки результат по опроснику «Возраст не помеха» составил 4 балла, общий балл по краткой батарее тестов физического функционирования – 9 баллов. Полученные результаты обследования соответствуют

- старческой астении тяжелого течения
- преастении
- старческой астении легкого течения
- норме

Для лечения анемии при злокачественных новообразованиях необходимо назначить

- парентеральные препараты железа
- эритропоэзстимулирующие препараты

- витамин В 12
- гемотрансфузию

Пациентке с болевым синдромом в спине вследствие остеопоротического перелома тела позвонка необходимо назначить

- стронция ранелат
- золендроновую кислоту
- ибупрофен
- хондроитин сульфат

Для лечения остеопороза совместно с антирезорбтивными препаратами необходимо назначить

- хондроитин сульфат
- препараты витамина Д
- препараты кальция и витамина Д
- препараты кальция

Показателем неэффективности антирезорбтивной терапии остеопороза является

- снижение маркеров костного разрушения на 10%
- развитие новых переломов после окончания терапии
- потеря МПК 8% в позвонках за два последовательных измерения
- развитие 2 и более низкоэнергетических переломов во время терапии

Регулярность наблюдения гинеколога-онколога данной пациентки составляет

- снижение маркеров костного разрушения на 10%
- развитие новых переломов после окончания терапии
- потеря МПК 8% в позвонках за два последовательных измерения
- развитие 2 и более низкоэнергетических переломов во время терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Н., 85 лет, обратилась к гериатру.

Жалобы

На боли в крупных суставах нижних конечностей, шаткость, нестабильность при ходьбе, падения без потери сознания, изжогу, нарушение сна, снижение зрения, недержание мочи при напряжении.

Анамнез заболевания

В возрасте 65 лет начали беспокоить боли в правом коленном суставе, вследствие чего снизилась физическая активность, неоднократно обращалась к

ортопедам по месту жительства, проводилось консервативное лечение без эффекта, от оперативного лечения отказалась. Самостоятельно в течение 10 лет ежедневно принимает обезболивающие препараты из группы НПВС, в последнее время все чаще беспокоит изжога и дискомфорт в области эпигастрия. +

В течение 6 месяцев также беспокоят боли в левом коленном суставе, резко снизилась двигательная активность, из дома выходит очень редко по причине болевого синдрома, шаткости, нестабильности при ходьбе и недержания мочи, отмечает 3 эпизода падения без потери сознания и переломов.

Анамнез жизни

Росла и развивалась согласно возрасту. В настоящее время пенсионерка, ранее работала экономистом, имеет высшее образование, трудовую деятельность прекратила в возрасте 65 лет по состоянию здоровья (гонартроз), имеет 2 группу инвалидности (по общим заболеваниям). Вдова, живет одна, есть сын (навещает 1-2 раза в месяц), по хозяйству помогает социальный работник. Резко снижено зрение, окулистом установлен диагноз – возрастная макулярная дегенерация, пользуется очками, но с очками тоже видит плохо, в связи с чем перестала читать книги и газеты. Ранее была активной, регулярно ходила на танцы, пение, но в связи с болевым синдромом в суставах прекратила, набрала в весе 35 кг за последние 10 лет, появилась одышка, снизилась переносимость физической нагрузки, при ходьбе использует трость, по квартире передвигается, опираясь о стены, после неоднократных эпизодов падений появился страх, предпочитает большую часть времени сидеть или лежать. +

Гинекологический анамнез: Беременностей – 5. Роды – 1. Менопауза с 47 лет, заместительную гормональную терапию не принимала, у гинеколога не обследовалась, дообследования для определения минеральной плотности костной ткани ранее не проведено. +

Хирургический анамнез холецистэктомия в 56 лет (ЖКБ). +

Вредные привычки: курение с 20 до 25 лет, по 20 сигарет в день. +

Оценка быта: обращает на себя внимание наличие старых ковров на полу с незафиксированными краями, узкие дверные проемы, тусклое освещение из-за того, что перегорели лампы – самостоятельно их заменить не может. В квартире имеется много старой мебели с острыми углами. В ванной и туалете не установлены поручни для опоры.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы нормальной окраски. Суставы деформированы, болезненны при пальпации, узелки Бушара и Гебердена в области межфаланговых суставов кистей. Отеки голеней и стоп - больше справа, деформация коленных суставов (больше справа). +

Органы дыхания: грудная клетка цилиндрической формы, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД: 16 в мин. +

Система кровообращения: Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный. АД: 138/80 мм рт. ст. на правой руке, 145/82 мм рт. ст. на левой руке. ЧСС: 68 уд/мин. Ортостатическая проба отрицательная. +

Система пищеварения: Язык сухой, обложен беловатым налетом. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. +

Мочеиспускание безболезненное, явления стрессового недержания мочи. Стул – склонность к запорам. +

Дополнительные данные: +

Результаты комплексной гериатрической оценки: +

Скрининг "Возраст не помеха" - 4/7 (недержание мочи, трудности при передвижении, зрение, болевой синдром). +

Индекс Бартел 80/100 (умеренная зависимость от посторонней помощи). +

Шкала Лоутона - 4/8 (инструментальная активность снижена). +

По шкале САМ делирия нет. +

Оценка риска депрессии (PHQ) - 0/27 (нет депрессии) +

Тест MMSE - 29/30 (нет когнитивных нарушений). +

Хроническая боль - постоянно. По шкале ВАШ - 9 баллов. +

Шкала MNA - 24/30 (нормальный статус питания). +

Тест "Встань и иди" - 17 секунд. +

Время, необходимое для выполнения 5-ти подъемов со стула без помощи рук – невыполнимо. +

Положение стопы вместе - 10 секунд. +

{nbsp}SPPB-2Б. +

Индекс выраженности бессонницы - 14/28 (легкие нарушения сна). +

Пациентка передвигается с помощью трости, чувствует неуверенность и шаткость при ходьбе.

Необходимым методом диагностики причины болевого синдрома в коленных суставах у данной пациентки является

+ _____ + коленных суставов

- ультразвуковое исследование (УЗИ)
- рентгенография
- компьютерная томография (КТ)
- магнитно-резонансная томография (МРТ)

Метод диагностики, необходимый для диагностики поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов, принимающих длительное время нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), - это

- рентген желудка с барием
- суточная рН-метрия желудка
- уреазный тест на *Helicobacter pylori*
- эзофагогастродуоденоскопия

Препаратом выбора лечения НПВП-гастропатии является (-ются)

- {nbsp}H2-блокаторы

- ингибиторы протонной помпы
- антисептическое кишечное и вяжущее средство
- блокаторы простагландиновых рецепторов

Факторы риска падений у данной пациентки в быту - это

- наличие большого количества мебели
- яркое освещение в комнатах
- узкие коридоры
- высокий потолок

Пациентке с целью разработки плана лечения и наблюдения целесообразно выполнить

- MMSE
- КГО (Комплексная гериатрическая оценка)
- тест «Возраст не помеха»
- Моса-тест

Основной гериатрический синдром, который можно выделить у данной пациентки по данным комплексной гериатрической оценки (КГО), - это

- старческая астения
- недержание мочи
- хронический болевой синдром
- сенсорный дефицит

Наличие старческой астении подтверждает

- SARC-F
- краткая батарея тестов физического функционирования
- MMSE
- тест «Встань и иди»

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- SARC-F
- краткая батарея тестов физического функционирования
- MMSE
- тест «Встань и иди»

Диагноз

Синдром старческой астении. Умеренная зависимость от посторонней помощи (индекс Бартел 80/100). Высокий риск падений и переломов. Тяжелый остеоартрит коленных суставов. Вальгусная деформация правой нижней конечности. Хронический болевой синдром. НПВП-гастропатия.

Стрессовое недержание мочи

Старческая астения. Сенсорный дефицит. Максимальный риск падений. Хроническая боль. Недержание мочи. Риск развития мальнутриции. Констипационный синдром. Когнитивные нарушения

Тяжелый двусторонний гонартроз. Вальгусная деформация правой нижней конечности. Высокий риск падений и переломов. Хронический болевой синдром. Инсомния. Недержание мочи

Когнитивные нарушения. Тяжелый двусторонний гонартроз. Вальгусная деформация правой нижней конечности. Высокий риск падений и переломов. Хронический болевой синдром. Инсомния. Недержание мочи

К основным целям оказания медицинской помощи при ведении пациентов со старческой астенией относится

- планирование медикаментозной терапии
- сохранение автономности
- возвращение пациента к состоянию полного физического психического здоровья
- обеспечение возможности регулярного санаторно-курортного лечения

При обследовании уровень витамина Д составил 16 нг/мл, что свидетельствует о/ об

- нормальном уровне витамина Д
- дефиците витамина Д
- избытке витамина Д
- недостаточности витамина Д

При коррекции дефицита витамина Д, рекомендованный его целевой уровень составляет + _____ + нг/мл

- 70-80
- 5-10
- 30-60
- 10-20

Необходимым исследованием для оценки риска остеопоротических переломов у пациентов старше 65 лет будет выполнение

- 70-80
- 5-10
- 30-60
- 10-20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 82 лет на приеме у врача-гериатра.

Жалобы

На утомляемость, одышку, ограничивающую привычные физические нагрузки, периодически отёки ног, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят в течение нескольких месяцев. Потеря веса на 2 кг за полгода. Эпизоды чёрного стула отрицает. В анамнезе более 15 лет гипертоническая болезнь, с максимальными цифрами АД до 190/100 мм. рт. ст. Регулярно АД не контролирует. Постоянно принимает эналаприл 5 мг в сутки, при возникновении отёков – торасемид 5 мг. В связи с появлением и прогрессированием жалоб, обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Сахарный диабет, инсульты, инфаркты, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка в анамнезе отрицает

* Вредные привычки отрицает

* Проживает одна, жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Есть дочь, проживает отдельно, навещает один раз в неделю.

* Профессиональных вредностей не имела, образование средне-специальное, по профессии повар, работала по специальности, на пенсии с 65 лет.

* Аллергоанамнез не отягощён

* Наследственные заболевания отрицает

Объективный статус

Рост - 160 см, вес - 58 кг. Сознание ясное. Кожные покровы нормальной окраски. Суставы не деформированы, безболезненны при пальпации. Плотные симметричные отеки стоп и нижних третей голени. +

Органы дыхания: грудная клетка цилиндрической формы, перкуторно над легкими легочной звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные влажные хрипы в нижних отделах легочным полей. ЧД: 19. +

Система кровообращения: видимое наполнение шейных вен и их пульсация, смещение верхушечного толчка влево. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный. АД: 132/70 мм. рт. ст. на правой руке, 124/72 мм. рт. ст. на левой руке. ЧСС: 82 уд/мин. +

Система пищеварения: Язык сухой, обложен беловатым налетом. Живот незначительно увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. +

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Базовым инструментальным методом исследования является

- 70-80
- 5-10

- 30-60
- 10-20

Результаты инструментального метода обследования

ЭКГ

Ритм синусовый, ЧСС 82 в минуту. PR = 0.19 с. Полная блокада правой ножки пучка Гиса, QRS 0,16 с.

Ультразвуковое исследование вен нижних конечностей

Глубокие и поверхностные вены не расширены, проходимы, без расширенных притоков, стенки эластичны, клапаны состоятельны.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

УЗ-признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы, полипа желчного пузыря.

Эзофагогастродуоденоскопия

Поверхностный гастрит, дуоденит.

К необходимым для постановки точного диагноза инструментальным методом исследования относят

- 70-80
- 5-10
- 30-60
- 10-20

Результаты инструментального метода обследования

ЭХОКГ

Аортальный клапан: признаки недостаточности АК 1 степени. +

Митральный клапан: Признаки недостаточности 2 степени. +

Трикуспидальный клапан: Признаки недостаточности 2 степени. +

Клапан лёгочной: Признаки недостаточности 1 степени. +

Диаметр левого предсердия 42 мм +

Толщина межжелудочковой перегородки 11 мм +

Диаметр правого предсердия 40 мм +

Фракция выброса левого желудочка 48%. +

Нарушений локальной сократимости не выявлено. +

СДЛА 38 мм рт. ст. +

Нижняя полая вена после глубокого вдоха коллабирует более, чем на 50%.

Перикард: без особенностей.

Спирография

ЖЕЛ (в норме > 80%) +

ФЖЕЛ 82% (в норме > 80%) +

ОФВ1 78% (в норме > 75%) +

ОФВ1/ФЖЕЛ 78 % (в норме более 75%)

Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий

Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Стеноз ВСА слева 20%. Скорость и характер кровотока в нормативных значениях.

Велоэргометрия

Тест отрицательный: изменения сегмента ST не зарегистрированы.

Толерантность к физической нагрузке низкая.

Лабораторным маркером позволяющим верифицировать диагноз Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является

- 70-80
- 5-10
- 30-60
- 10-20

Результаты лабораторного метода обследования

N-терминальный фрагмент натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP)

850 пг/мл (нормативные показатели <125 пг/мл для возраста до 75 лет; <450 пг/мл для возраста старше 75 лет)

Липидный профиль

Холестерин общий 4,5 (Нормативные показатели 3,0 - 5,7) +

Триглицериды 1,70 (Нормативные показатели 0,60 - 1,70) +

Хс-ЛПВП 1,23 (Нормативные показатели 0,90 - 1,54) +

Хс-ЛПНП 2,8 (Нормативные показатели 0,0 - 3,2)

Гемоглобин

122 г/л (норма 120-140)

Трансаминаза крови

АЛТ 26 (нормативные показатели 5,0 - 40,0) +

АСТ 28 (нормативные показатели 5,0 - 40,0)

Основным диагнозом у данной пациентки является

- 70-80
- 5-10
- 30-60
- 10-20

Диагноз

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) с промежуточной фракцией выброса ФК II NYHA, 2Б стадия

Первичный билиарный цирроз печени

Хроническая обструктивная болезнь легких

Железодефицитная анемия лёгкой степени

Скрининг синдрома старческой астении у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью проводится с использованием

- теста «Встань и иди»
- опросника «Возраст не помеха»
- теста Мини-ког
- шкалы оценки здоровья пациента (PHQ-2, PHQ-9)

Помимо шкал _Mini Nutritional Assessment (MNA)_ и _Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)_, скрининг синдрома мальнутриции у пациентки будет включать оценку по

- шкале Чайлда-Пью
- шкале _Malnutrition Universal Screening Tool - MUST_
- шкале Бартел
- тесту Мини-ког

Помимо Бета-адреноблокаторов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)/антагонистов рецепторов к ангиотензину (АРА) пациентам с ХСН для снижения частоты возникновения фибрилляции предсердий следует рекомендовать

- тиазидные диуретики
- валсартан {plus} сакубитрил
- блокаторы кальциевых каналов
- антиаритмические препараты 3 класса

Данной больной для оценки функционального статуса и эффективности лечения рекомендуется использовать

- велоэргометрию
- краткую батарею тестов физического функционирования
- тест с 6-минутной ходьбой
- шкалу оценки инструментальной функциональной активности в повседневной жизни

Больной проведён тест с шестиминутной ходьбой, дистанция 6-минутной ходьбы составила 320 метров, что соответствует + _____ + функциональному классу ХСН

- {nbsp}III
- {nbsp}I
- {nbsp}II
- {nbsp}IV

Для снижения уровня АД у пациентов с ХСН не рекомендуется назначение

- амлодипина
- верапамила
- эналаприла

- фелодипина

Помимо иАПФ/АРА и Бета-адреноблокаторов у пациентов с ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ для улучшения течения и прогноза заболевания используются

- агонисты имидазолиновых рецепторов
- тиазидные диуретики
- антагонисты кальциевых каналов
- альдостерона антагонисты

Пациентам пожилого и старческого возраста с сердечной недостаточностью при наличии старческой астении рекомендуется

- агонисты имидазолиновых рецепторов
- тиазидные диуретики
- антагонисты кальциевых каналов
- альдостерона антагонисты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 75 лет, за консультацией обратился самостоятельно.

Жалобы

На общую слабость, ощущение нехватки сил, появление тянущих болей в правой ноге, из-за чего периодически при ходьбе ее подволакивает, прерывистый ночной сон.

Анамнез заболевания

Больным себя считает в течение 1 года, состояние медленно ухудшается. Связывает дебют первых симптомов с выраженной стрессовой ситуацией. Первоначально стал обращать внимание на общую слабость, возникающую при длительных физических нагрузках. В течение нескольких месяцев обратил внимание на появление стягивающих ощущений в правой ноге, более заметных при движении. Обращался за помощью к остеопату, однако курс проведенного лечения не оказал какого-либо положительного эффекта. При расспросе дополнительно отмечает периодические запоры около 2 лет.

Анамнез жизни

Образование высшее, работал летчиком-испытателем, на пенсии 15 лет. Проживает вдвоем с женой в частном доме, в быту активен, посторонней помощи не требуется, однако из-за общей слабости в последние полгода пришлось часть дел переложить на жену. + Из сопутствующих заболеваний отмечает артериальную гипертензию в течение 1 года с эпизодическим повышением артериального давления до 140/90 мм рт.ст. (регулярной антигипертензивной терапии не принимает), доброкачественную гиперплазию предстательной железы. Регулярно принимает тамсулозин до 0,4 мг в сутки, прием других препаратов отрицает. Ранее, за

исключением уролога, у врачей регулярно не наблюдался. Наследственный анамнез отягощен по онкологическим заболеваниям.

Объективный статус

* Состояние относительно удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 174 см.

Температура тела 36,7^oC. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин, АД в положении сидя АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

* Сознание ясное. Больной правильно ориентирован в собственной личности, времени, месте, легкое снижение темпа психических процессов. Фон настроения не изменен. Менингеальных симптомов нет. Поля зрения ориентировочно не изменены. Пареза зрака, нистагма нет. Легкая гипосмия. Мимические пробы выполняет симметрично. Бульбарные функции не нарушены. Сила мышц конечностей 5 баллов во всех группах. Сухожильные рефлексы симметричные. Патологических стопных и кистевых знаков не выявлено. При оценке двигательной сферы в правых конечностях отмечается замедленность движений. Пальце-носовая и пяточно-коленная пробы без интенционного тремора и мимопадания D=S. Походка не изменена, правая рука при ходьбе несколько меньше отмахивает в такт шагам. Объективных признаков нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции контролирует.

Учитывая характер жалоб, методом, позволяющим уточнить наличие у пациента старческой астении, является

- агонисты имидазолиновых рецепторов
- тиазидные диуретики
- антагонисты кальциевых каналов
- альдостерона антагонисты

Результаты обследования

Шкала «Возраст не помеха»

2 балла (нет старческой астении)

Краткая шкала оценки психического статуса

28 баллов

Шкала RASS

0 баллов (пациент спокоен и внимателен)

Гериатрическая шкала депрессии

3 балла (отсутствие депрессивной симптоматики)

У пациента наблюдается наличие своеобразного двигательного дефекта.

Пробой, которую следует выполнить для уточнения природы заболевания, будет

- агонисты имидазолиновых рецепторов
- тиазидные диуретики
- антагонисты кальциевых каналов
- альдостерона антагонисты

Результаты обследования

Оценка мышечного тонуса

При пассивном сгибании в правых конечностях определяется повышение мышечного тонуса с феноменом «зубчатого колеса»

Исследование почерка

Определяется выраженная микрография

Проба Дикса-Холлпайка

Головокружение и нистагм не вызываются

Проба Ромберга

В позе Ромберга, в том числе при закрывании глаз, устойчив

Симптом Ласега

Боль при сгибании в тазобедренном суставе распрямленных в коленном суставе нижних конечностей отсутствует

Инструментальный диагностический метод, который следует назначить пациенту с целью проведения дифференциального диагноза, - это

- агонисты имидазолиновых рецепторов
- тиазидные диуретики
- антагонисты кальциевых каналов
- альдостерона антагонисты

Результаты инструментального метода обследования

МРТ головного мозга

Признаки заместительной гидроцефалии, преимущественно внутренней. Легкий перивентрикулярный лейкоареоз. Единичные очаги в белом веществе головного мозга дистрофического характера.

Электроэнцефалография

***Заключение*:** патологии не выявлено

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

УЗ-признаки стенозирующего атеросклероза внутренних сонных артерий (30-35%). Деформация хода обеих позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков. S-образный изгиб обеих позвоночных артерий в экстравертебральном отделе.

Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника

Выраженные дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника на уровне L3-S1, правосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника

Клинический синдром, лежащий в основе двигательных нарушений пациента, -это

- вялый парез
- синдром суставно-мышечных нарушений

- синдром старческой астении
- синдром гемипаркинсонизма

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

- вялый парез
- синдром суставно-мышечных нарушений
- синдром старческой астении
- синдром гемипаркинсонизма

Диагноз

Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма

Дисциркуляторная энцефалопатия

Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника, распространенная форма

Опухоль головного мозга

Помимо диссомнии дополнительно диагноз подтверждает/ют

- дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника
- артериальная гипертензия без адекватной коррекции
- стрессы в дебюте заболевания
- запоры

Препарат/ы первой линии для лечения двигательных нарушений у данного пациента - это

- леводопа {plus} карбидопа
- мелоксикам
- амитриптилин
- циннаризин

Дополнительным методом терапии рекомендованным пациенту с учетом выраженности дефекта будет

- иглорефлексотерапия
- лечебная физкультура
- электронейростимуляция
- кинезиотерапия

Отсутствие ответа на терапию при достижении суточной дозы леводопы в + ____ + мг позволяет исключить диагноз болезни Паркинсона

- 1200

- 2400
- 300
- 600

Врачебная тактика при отсутствии динамики диссомнии, несмотря на соблюдение рекомендаций по гигиене сна пациентом - это

- повышение вечерней дозы леводопы
- назначение курса сосудистых препаратов
- назначение длительного курса доксиламина
- замена леводопы на прамипексол

Врачебная тактика при сокращении длительности исходно высокого эффекта леводопы - это

- добавление к терапии препаратов с антихолинергическими свойствами
- отмена леводопы и назначение препарата из группы агонистов дофаминовых рецепторов
- интенсификация комплекса лечебной гимнастики
- увеличение разовой дозы леводопы или кратности приема препарата

К леводопе при сохранении двигательных флуктуаций, несмотря на увеличение ее кратности приема, целесообразно добавить

- добавление к терапии препаратов с антихолинергическими свойствами
- отмена леводопы и назначение препарата из группы агонистов дофаминовых рецепторов
- интенсификация комплекса лечебной гимнастики
- увеличение разовой дозы леводопы или кратности приема препарата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 68 лет обратился к пульмонологу.

Жалобы

На одышку при ходьбе в гору, кашель с отделением мокроты по утрам.

Анамнез заболевания

Около 5 лет отмечает сухой кашель. Выполнял ежегодно рентгенографию легких (со слов) - без патологии. Около года по утрам стал отхаркивать небольшое количество мокроты серого цвета. За последний год дважды перенес бронхит с отделением мокроты зеленого цвета и лихорадкой, лечился антибиотиками. В течение двух месяцев отмечает появление одышки при ходьбе в гору или при ходьбе с пакетом из магазина. В связи с этим обратился к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, стеноз

левой подколенной артерии до 80%, стентирование 2 года назад. В настоящее время боли в ногах при ходьбе не отмечает.

* Вредные привычки: курение в течение 49 лет по 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет;

* Профессиональных вредностей не имеет, работает сантехником;

* Аллергических реакций не было;

* У отца был сахарный диабет 2 типа, умер от ОНМК в 78 лет, у матери рак молочной железы.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. +

Рост 181 см, вес 86 кг. ИМТ 26,25 кг/см². +

Пациент в сознании, контактен, ориентирован верно. Очаговой неврологической симптоматики и менингеальных знаков нет. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пульсация на артериях тыла стопы снижена. Периферических отеков нет. Грудная клетка бочкообразная, надключичные ямки запавшие. Дыхание жесткое, единичные сухие базовые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный.

К необходимому в данной ситуации уточняющим шкалам относятся

- добавление к терапии препаратов с антихолинергическими свойствами
- отмена леводопы и назначение препарата из группы агонистов дофаминовых рецепторов
- интенсификация комплекса лечебной гимнастики
- увеличение разовой дозы леводопы или кратности приема препарата

Результаты обследования

Вопросник «Модифицированная шкала одышки Medical Research Council scale (mMRC) Dyspnea scale»

{nbsp}

1 степень

Шкала CURB-65

1 балл

Тест шестиминутной ходьбы

525 метров

Шкала НОШ

30 баллов

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

- добавление к терапии препаратов с антихолинергическими свойствами
- отмена леводопы и назначение препарата из группы агонистов дофаминовых рецепторов

- интенсификация комплекса лечебной гимнастики
- увеличение разовой дозы леводопы или кратности приема препарата

Результаты обследования

Спирометрия

ОФВ1 76% от должного +

ОФВ1/ФЖЕЛ 63% от должного +

Тест с бронхолитиком «Сальбутамол»: прирост ОФВ1 составил 6%-отрицательный. +

***Заключение*:** снижение вентиляционной способности легких по обструктивно-рестриктивному типу. Бронхиальная обструкция необратимая.

Рентгенография органов грудной клетки

***Заключение*:** перибронхиальная инфильтрация слева. Релаксация правого купола диафрагмы.

Эхокардиография

ФВ ЛЖ 64%. Камеры сердца не изменены. Зон гипо-акинеза не выявлено.

СДЛА 31 мм рт. ст.

КТ органов грудной клетки

***Заключение*:** перибронхиальные участки уплотнения слева. Релаксация правого купола диафрагмы.

Учитывая результаты инструментальных исследований и результатов _tap-test_ больному можно поставить диагноз

- добавление к терапии препаратов с антихолинергическими свойствами
- отмена леводопы и назначение препарата из группы агонистов дофаминовых рецепторов
- интенсификация комплекса лечебной гимнастики
- увеличение разовой дозы леводопы или кратности приема препарата

Диагноз

Хроническая обструктивная болезнь легких, смешанный тип, стадия II

Внебольничная левосторонняя пневмония, средней степени тяжести. ДН II

Изолированная легочная гипертензия. ФК II

Бронхиальная астма, неатопическая, неконтролируемая. ДН II

Пациента с данной симптоматикой можно отнести к группе

- B
- A
- D

- С

Инструментальным методом исследования, позволяющим провести дифференциальный диагноз между данной патологией и бронхиальной астмой является

- эхокардиография
- КТ органов грудной клетки
- рентгенография органов грудной клетки
- спирометрия с выполнением пробы с бронхолитиком

Инструментальным методом исследования, позволяющим провести дифференциальный диагноз между данной патологией и бронхоэктатической болезнью является

- КТ органов грудной клетки
- торакоскопия
- рентгенография органов грудной клетки
- спирометрия

Инструментальным методом исследования, позволяющим провести дифференциальный диагноз между данной патологией и диффузным панбронхиолитом является

- бронхоскопия
- КТ органов грудной клетки
- спирометрия
- рентгенография органов грудной клетки

Основной активной мерой нефармакологического воздействия при данной патологии является

- дыхательная гимнастика
- смена места жительства
- аэробная физическая нагрузка
- отказ от курения

Основными медикаментозными средствами в лечении ХОБЛ являются

- антиоксиданты
- бронходилататоры
- антибактериальные препараты
- ингаляционные глюкокортикостероиды

Для данного пациента препаратом выбора является препарат из группы

- длительно действующих холинолитиков в монотерапии
- короткодействующих холинолитиков по требованию

- длительно действующих бета-агонистов в монотерапии
- короткодействующих бета-агонистов по требованию

Абсолютным показанием к длительной кислородотерапии при данном заболевании является

- $PaO_2 = 50-55$ мм рт. ст., $SaO_2 = 90-95\%$
- $PaO_2 \leq 50$ мм рт. ст., $SaO_2 \leq 85\%$
- $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст., $SaO_2 \leq 88\%$
- $PaO_2 \leq 45$ мм рт. ст., $SaO_2 \leq 80\%$

Разделами легочной реабилитации при данной патологии являются

- $PaO_2 = 50-55$ мм рт. ст., $SaO_2 = 90-95\%$
- $PaO_2 \leq 50$ мм рт. ст., $SaO_2 \leq 85\%$
- $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст., $SaO_2 \leq 88\%$
- $PaO_2 \leq 45$ мм рт. ст., $SaO_2 \leq 80\%$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 84 лет обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

На забывчивость, сложности подбора слов при разговоре, трудности ориентации в своем районе.

Анамнез заболевания

В течение последних трех лет постепенно прогрессируют нарушения памяти на недавние события. В последние полгода также стало сложно ориентироваться в своём районе, вследствие чего перестал один выходить из дома.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел, по специальности экономист;
- * аллергических реакций не было;
- * у бабушки по отцовской линии отмечались нарушения памяти в возрасте 80 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, частота дыхания 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений 72 в 1 мин, артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации для постановки диагноза методам обследования относятся

- $PaO_2 = 50-55$ мм рт. ст., $SaO_2 = 90-95\%$

- PaO₂ ≤ 50 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 85%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 88%
- PaO₂ ≤ 45 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 80%

Результаты обследования

Нейропсихологическое тестирование

Выявляются выраженные модально-неспецифические нарушения в виде повышенной тормозимости следа памяти интерференцией (на всех уровнях семантической организации), введение стратегии запоминания и подсказок при воспроизведении малоэффективны. Тест на запоминание и воспроизведение 5 слов: непосредственное воспроизведение - 3 слова самостоятельно, 2 слова с подсказкой, всего 5 слов, отсроченное воспроизведение - 0 слов самостоятельно, 1 слово с подсказкой, всего 1 слово. +

Праксис: Кинестетический, регуляторный праксис сохранены, при исследовании динамического праксиса выявляются трудности удержания задания.

Выявляется нарушение конструктивного праксиса (геометрические фигуры сам не нарисовал, но срисовал правильно). +

Тест рисования часов: 4 балла из 10. +

Речь: выявляется выраженное снижение беглости речи, ассоциации литеральные - 8 слов, категориальные - 5 слов. +

Выявляется незначительное нарушение серийного счета, легкое нарушение функции обобщения. +

Краткая шкала оценки психического статуса - 20 баллов из 30, Шкала оценки лобной дисфункции - 15 баллов из 18. +

Выявляется незначительное замедление нейропсихических процессов в тесте соединения цифр - 98 сек. С тестом соединения цифр и букв не справился по причине сложностей усвоения и удержания программы.

Оценка повседневной активности

Пациент полностью адаптирован в пределах своей квартиры. Выявляются сложности в ориентировки малознакомой местности и незначительно в знакомой. Ориентировка в месте сохранна, нарушена во времени (ошибается при назывании года, даты и дня недели). Вышеперечисленные симптомы свидетельствуют о наличии синдрома легкой деменции.

Оценка эмоционально-аффективного фона

Оценка по краткой Гериатрической шкале депрессии составила 4 балла, что свидетельствует об отсутствии депрессии.

Электрокардиография

Синусовый ритм. Вариант нормы.

Реоэнцефалография

Пульсовое кровенаполнение в пределах нормы

Эхоэнцефалография

Патологии не выявлено

К инструментальным методам обследования, необходимым для установления диагноза, относятся

- PaO₂ = 50-55 мм рт. ст., SaO₂ = 90-95%
- PaO₂ ≤ 50 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 85%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 88%
- PaO₂ ≤ 45 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 80%

Результаты инструментального метода обследования

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга

Выявлена атрофия гиппокампов

Рентгенография легких

Тень средостения не смещена, не расширена, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Электроэнцефалография

Признаков эпилептиформной активности не обнаружено

Ультразвуковое исследование магистральных артерий головы

Признаки атеросклероза с начальным стенозированием устьев обеих внутренних сонных артерий.

Предполагаемый основной диагноз - это

- PaO₂ = 50-55 мм рт. ст., SaO₂ = 90-95%
- PaO₂ ≤ 50 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 85%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 88%
- PaO₂ ≤ 45 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 80%

Диагноз

Болезнь Альцгеймера с поздним дебютом

Хроническая ишемия головного мозга

Дисметаболическая энцефалопатия

Сосудистая деменция

Дополнительным методом исследования при диагностике когнитивных нарушений является определение + _____ + в сыворотке крови

- PaO₂ = 50-55 мм рт. ст., SaO₂ = 90-95%
- PaO₂ ≤ 50 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 85%
- PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 88%
- PaO₂ ≤ 45 мм рт. ст., SaO₂ ≤ 80%

Результаты обследования

Гомоцистеин

15 мкмоль/л (4–17 мкмоль/л)

D-димер

170 нг/мл (< 500 нг/мл)

Паратиреотропный гормон

45 пг/мл (15 - 65 пг/мл)

C-реактивный протеин

3 мг/л (< 6 мг/л)

В качестве базисной терапии пациенту следует назначить

- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- корректоры микроциркуляции
- антибактериальные средства
- нейрометаболические стимуляторы

Помимо тошноты и рвоты, частым осложнением при приеме ингибиторов ацетилхолинэстеразы является

- запоры
- тахикардия
- бронхоспазм
- галлюцинации

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы нельзя назначать в сочетании с

- транквилизаторами
- селективными ингибиторами обратного захвата серотонина
- нейролептиками
- холинолитиками

При отсутствии эффекта от холинергической терапии показано применение

- противосудорожных средств
- ноотропных средств
- мемантина
- миорелаксантов

В качестве адъювантной терапии, дополнительно к базисным препаратам, пациенту можно назначить

- ноотропил
- хлорпротексен
- церебролизин
- галоперидол

Немедикаментозным методом лечения, которое показано пациенту для вторичной профилактики прогрессирования и уменьшения выраженности когнитивных расстройств является

- иглорефлексотерапия
- массаж конечностей
- массаж шейно-воротниковой зоны
- когнитивный тренинг

При развитии у пациента поведенческих и психотических нарушений, рекомендуется назначение

- антидепрессантов
- типичных нейролептиков
- атипичных нейролептиков
- противозепилептических средств

Помимо наличия деменции, диагностическим критерием болезни Альцгеймера будет

- антидепрессантов
- типичных нейролептиков
- атипичных нейролептиков
- противозепилептических средств

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет обратилась к ревматологу.

Жалобы

На утреннюю скованность и боль в мелких суставах кистей и лучезапястных суставах, их припухание. Эпизоды болей в левом коленном суставе, после нагрузки (ходьба вниз по лестнице), без отека и ограничения объема движений.

Анамнез заболевания

Боли в кистях примерно с 53 лет, непостоянные, припухания суставов не было. Три месяца назад отметила существенное нарастание боли, припухание пястно-фаланговых суставов, боли стали постоянными, в том числе ночными, присоединилась утренняя скованность в течение 2 часов ежедневно. Дважды принимала диклофенак 50 мг, отмечала эффект, но не полный, через 3 часа боль опять усиливалась. Похудела за последние 4 месяца на 3 кг, отметила появление слабости, повышение температуры до 37.2°C по вечерам.

Анамнез жизни

Гипотиреоз диагностирован в 45 лет, принимает L-тироксин, доза подобрана. Артериальная гипертония более 10 лет, в настоящее время получает

лизиноприл, 5 мг в день, АД в пределах целевых значений. Не курит. Проживает с мужем, в отдельной квартире.

Объективный статус

Вес 57 кг, рост 165 см. ИМТ 20,94 кг/м². Температура тела 36,8°C. Кожные покровы нормальной влажности и окраски. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 73 в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Локальный статус: 13 болезненных мелких суставов кистей, 6 припухших мелких суставов кистей. Крупные суставы, суставы стоп не вовлечены. Пальпация по ходу позвоночника безболезненна во всех отделах.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- антидепрессантов
- типичных нейролептиков
- атипичных нейролептиков
- противозепилептических средств

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография кистей рук и стоп

Признаки отека мягких тканей вокруг пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, околосуставный остеопороз, симметричное сужение суставной щели в нескольких пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, слабовыраженные эрозии правого 3-го и правого и левого 4-х пястно-фаланговых суставов.

Остеосцинтиграфия

Интенсивное накопление радиофармацевтического препарата (РФП) в области запястий и лучезапястных суставов. Визуализируются яркие очаги гиперфиксации РФП в II, III пястнофаланговых, II-IV проксимальных межфаланговых суставах.

Двухэнергетическая рентгеноденситометрия (DXA)

Минеральная плотность кости: T L1-4 = -1,2 SD. T hip = -1,3 SD. T neck = -1,3 SD

Ультразвуковое исследование коленных суставов

Заключение: УЗ-признаки умеренных дегенеративных изменений коленных суставов. Киста Бейкера слева.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным параметрам относятся

- антидепрессантов
- типичных нейролептиков
- атипичных нейролептиков
- противозепилептических средств

Результаты лабораторных методов обследования

Ревматоидный фактор (РФ)

РФ 112 (Норма 0-14) МЕ/мл

Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)

АЦЦП 53 (0 - 17) ЕД/мл

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)

СОЭ 43 (женщины > 50 лет от 0 до 30) мм/ч, по Вестергрену

С-реактивный белок (СРБ)

СРБ 22.2 (0 - 5) мг/л

Прокальцитонин

0,032 (0 - 0,064) нг/мл

Ферритин

25 (10 – 125) мкг/л

С учетом характера суставного синдрома, наличия конституциональных симптомов, результатов дообследования у больной имеется

- антидепрессантов
- типичных нейролептиков
- атипичных нейролептиков
- противозепилептических средств

Диагноз

Ревматоидный артрит

Подагрический артрит

Остеоартрит

Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция

К факторам неблагоприятного прогноза у данной пациентки относятся

- женский пол
- поражение кистей
- возраст дебюта
- повышение ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)

Для оценки активности заболевания у пациентки, следует использовать индекс (калькулятор)

- **SELENA-SLEDAI**
- **BASDAI**
- **ASDAS**
- **DAS28**

Первый «шаг» базисной терапии для данной пациентки, назначение

- метотрексата
- лефлуномида
- гидроксихлорохина
- сульфасалазина

Лечение метотрексатом у данной пациентки следует начать с дозы + _____ + мг в неделю

- 15 - 20
- 5 - 10
- 20 - 25
- 10 - 15

С учётом высокой активности заболевания у пациентки, предпочтительный путь введения метотрексата

- per os
- внутримышечный
- подкожный
- внутривенный

При подборе дозы метотрексата, для оценки безопасности лечения пациентки, помимо определения АЛТ/АСТ и общего анализа крови, следует контролировать уровень

- общего билирубина
- креатинина
- ферритина
- глюкозы крови

На этапе подбора дозы метотрексата пациентке, необходим контроль АСТ, АЛТ, креатинина, общего анализа крови 1 раз в

- 1-1.5 месяца
- 6 месяцев
- год
- 3 месяца

Рентгенографию кистей у данной больной необходимо повторять 1 раз в

- 5 лет
- год
- 3 года
- 2 года

В случае непереносимости метотрексата (рвота) пациентке можно заменить его на

- 5 лет
- год
- 3 года
- 2 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 78 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

На головокружение, снижение толерантности к физической нагрузке, забывчивость, снижение кратковременной памяти, частые падения, приступы неритмичного сердцебиения.

Анамнез заболевания

Считает себя больным последние 3 года, когда стал отмечать снижение памяти, забывчивость, уменьшение толерантности к физической нагрузке. За последний год 4 раза возникали падения, переломов конечности не было. Отмечает постепенное снижение массы тела за последние 5 лет.

Последние 2 года отмечает перебои в работе сердца, приступы неритмического сердцебиения. Более 10 лет страдает гипертонической болезнью, максимальное повышение АД до 160/90 мм рт. ст. К лечению не привержен, эпизодически принимает эналаприл 10 мг при повышении АД. На протяжении последних 15 лет отмечает повышение холестерина и ЛПНП в плазме крови, однако лечения не получал.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Работал инженером, профессиональных вредностей нет. В течение 3 лет не работает, так как вышел на пенсию. Проживает в квартире с женой. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Инфарктов миокарда, инсультов не было. Перенесенные операции: аппендэктомия более 40 лет назад.

Объективный статус

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Рост 180 см, масса тела 62 кг. ИМТ - 19.1 кг/м². Периферических отеков нет. Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 4 балла. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на аорте с проведением на сосуды шеи. ЧСС 82 в 1 мин. АД - 150/82 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Пациенту необходимо выполнить следующие лабораторные обследования

- 5 лет
- год
- 3 года
- 2 года

Результаты обследования

Биохимический анализ крови с определением липидного профиля

Определение уровня натрийуретического пептида

70 пг/мл (норма до 100 пг/мл)

Определение уровня тропонина I

2 мкг/л (норма Тн I < 10 мкг/л)

Определение уровня альфа-амилазы

32 Ед/л – (норма 28- 100 Ед/л)

Для верификации нарушений сердечного ритма пациенту необходимо выполнить следующие инструментальные методы исследования

- 5 лет
- год
- 3 года
- 2 года

Результаты обследования

Амбулаторное (Холтеровское) мониторирование ЭКГ

Основной ритм синусовый. В дневное время зарегистрировано 2 пароксизма фибрилляции предсердий с ЧЖС от 68 до 112 уд/минуту продолжительностью 35 минут и 46 минут. Ишемических изменений сегмента ST не выявлено. Пауз нет.

УЗИ органов брюшной полости

Патологии не выявлено.

Сцинтиграфия почек

Патологии не выявлено.

КТ грудной клетки

Легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Комплексная гериатрическая оценка позволяет выявить у больного синдром

- дыхательной недостаточности
- портальной гипертензии
- хронической сердечной недостаточности
- старческой астении

У больного имеется нарушение ритма

- пароксизмальная форма фибрилляции предсердий
- перманентная форма трепетания предсердий
- частая наджелудочковая экстрасистолия
- желудочковая тахикардия

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациента с фибрилляцией предсердий необходимо использовать шкалу

- SCORE
- HAS-BLED
- Апгар
- CHA₂-DS₂-VASc

Для коррекции липидного обмена пациенту показано назначение

- эзетимиба
- фибратов
- никотиновой кислоты
- статинов

У данного пациента липидснижающую терапию статинами рекомендуется начинать

- с низких доз, с постепенным увеличением дозы до достижения целевого уровня

- с высоких доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня
- со средних доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня
- в комбинации с эзетимибом

Пациентам с синдромом старческой астении при неклапанной фибрилляции предсердий рекомендовано назначение + _____ + для профилактики инсульта

- фибринолитиков
- низкомолекулярного гепарина
- антикоагулянтов
- антиагрегантов

Целевыми значениями систолического АД при лечении артериальной гипертензии у пациентов с синдромом старческой астении являются

- 140-150 мм рт. ст
- 120-130 мм рт. ст
- 110-120 мм рт. ст
- менее 110 мм рт. ст

В качестве первоначальной формы лечения пациенту со старческой астенией рекомендована программа

- включающая только занятия в бассейне
- самостоятельных физических тренировок
- физических упражнений под медицинским наблюдением
- с максимальным ограничением физической активности

При использовании статинов рекомендуется регулярно выполнять лабораторные исследования, включая определение уровня

- ГГТП
- АлТ и КФК
- ЩФ и билирубина
- ЛДГ

Для пациентов со старческой астенией рекомендованы следующие виды физической активности

- ГГТП
- АлТ и КФК
- ЩФ и билирубина
- ЛДГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 82 лет обратилась к участковому терапевту.

Жалобы

На общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке, забывчивость, снижение кратковременной памяти, частые падения, одышку при физической нагрузке, неритмичное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Считает себя больной последние 5 лет, когда стала отмечать появление слабости, снижение памяти, забывчивость, уменьшение толерантности к физической нагрузке. Отмечает постепенное снижение массы тела за последние

8 лет на 10 кг, в течение года было 3 эпизода падения, переломов конечностей не было. Последние 20 лет отмечает повышение холестерина, однако лечение не получала.

Последние 3 года беспокоит одышка, неритмичное сердцебиение. Более 15 лет страдает гипертонической болезнью, максимальное повышение АД до 160/100 мм рт. ст. постоянно принимает периндоприл 5 мг и индапамид 1,5 мг.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работала преподавателем музыки. Более 10 лет не работает, пенсионерка. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Инфарктов миокарда, инсультов не было. Перенесенные операции: кесарево сечение более 50 лет назад.

Объективный статус

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Рост 160 см, масса тела 52 кг. ИМТ -20.3 кг/м². Периферических отеков нет.

Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 4 балла.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, систолический шум на аорте с проведением на сосуды шеи. ЧСС 92 в 1 мин.

АД- 140/84 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Для оценки риска развития сердечно-сосудистых осложнений пациентке необходимо выполнить

- ГГТП
- АлТ и КФК
- ЩФ и билирубина
- ЛДГ

Результаты обследования

Биохимический анализ крови с определением липидного профиля

[cols=",^,^",options="header"]

|=====

^| *Наименование* ^| *Результат* ^| *Ед.изм.* ^| *Нормы*

| Холестерин общий | 7,2 | ммоль/л | (0-5,3)

| Триглицериды | 1,7 | ммоль/л | (0-1,7)

| Холестерин ЛПВП | 0,7 | ммоль/л | (0,9-1,9)

| Холестерин ЛПОНП | 1,1 | ммоль/л | (0,1-1,0)

| Холестерин ЛПНП | 3,7 | ммоль/л | (0-3,3)

|=====

Общий анализ крови

[cols=",^,^",options="header"]

|=====

^| *Наименование (ед. изм.)* | *Нормы* | *01.08.17*

| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 160,0 | 124,0

| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 37,9

| Лейкоциты, 10⁹/л | 4,00 - 9,00 | 5,1

| Эритроциты, 10¹²/л | 4,00 - 5,70 | 4,2

| Тромбоциты, 10⁹/л | 150,0 - 320,0 | 270,0

| Ср. объем эритроцита, фл | 80,0 - 97,0 | 89,1

| Ср. содерж. гемоглобина, пг | 28,0 - 35,0 | 30,7
| Ср. конц. гемоглобина, г/л | 330 - 360 | 312
| Лимфоциты, 10^9 /л | 1,20 - 3,50 | 2,5
| Моноциты, 10^9 /л | 0,10 - 1,00 | 0,9
| Гранулоциты, 10^9 /л | 1,20 - 7,00 | 6,7
| Нейтрофилы, 10^9 /л | 2,04 - 5,80 | 4,2
| Эозинофилы, 10^9 /л л | 0,02 - 0,30 | 0,01
| Базофилы, 10^9 /л | 0,00 - 0,07 | 0,03
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 33,5
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 3,0
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 61,0
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 2,0
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,5
| СОЭ, мм/ч | 2 - 15 | 9
|=====

Анализ крови на гормоны щитовидной железы

ТТГ 1,2 мЕД/л (норма 0,4-4,8), Т3 свободный 3,6 пмоль/л (норма 2,63-5,68), Т4 свободный 14,5 пмоль/л (9-21).

Общий анализ мокроты

Характер: слизистая, цвет: прозрачный. Запах: отсутствует. Эритроциты – отсутствуют, лейкоциты – единичные в препарате. Эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, альвеолярные макрофаги – отсутствуют. Микобактерии туберкулеза – не обнаружены.

С учетом жалоб, необходимым инструментальным методом исследования будет

- ГГТП
- АлТ и КФК
- ЩФ и билирубина
- ЛДГ

Результаты обследования

Амбулаторное (Холтеровское) мониторирование ЭКГ

Основной ритм – фибрилляция предсердий с ЧЖС от 68 до 106 уд/минуту. Ишемических изменений сегмента ST не выявлено. Пауз нет.

УЗИ органов брюшной полости

Патологии не выявлено.

УЗИ щитовидной железы

Патологии не выявлено.

КТ грудной клетки

Легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Комплексная гериатрическая оценка позволяет выявить у больной

- синдром мальнутриции
- нарушения психического статуса
- синдром старческой астении
- депрессию

Изменения в биохимическом анализе крови свидетельствуют о наличии у больной

- подагры
- дислипидемии
- сахарного диабета
- гипертиреоза

Препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии у данной пациентки являются

- ингибиторы АПФ
- альфа-адреноблокаторы
- петлевые диуретики
- верошпирон

Для коррекции липидного обмена пациентке показано назначение

- никотиновой кислоты
- статинов
- эзетимиба
- фибратов

Липидснижающую терапию статинами рекомендуется начинать

- с высоких доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня
- с низких доз, с постепенным увеличением дозы до достижения целевого уровня
- в комбинации с эзетимибом
- со средних доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня

Пациентам с синдромом старческой астении при неклапанной фибрилляции предсердий для профилактики инсульта рекомендовано назначение

- низкомолекулярного гепарина
- фибринолитиков
- антиагрегантов
- антикоагулянтов

Для оценки риска кровотечений у пациентов с ФП рекомендовано использовать шкалу

- _CHA~2~DS~2~-VASc_
- _SCORE_
- _TIMI_
- _HAS-BLED_

Для лечения деменции пациентам со старческой астенией рекомендовано назначение

- антагониста глутаматных _NMDA_-рецепторов
- бета-адреноблокаторов
- М-холинолитиков
- ноотропов

У пациентки выявлены такие нарушения сердечного ритма как

- пароксизмальная форма трепетания предсердий
- впервые выявленная желудочковая тахикардия
- синусовая тахикардия
- постоянная форма фибрилляции предсердий

Для пациентов со старческой астенией рекомендованы такие виды физической активности как

- пароксизмальная форма трепетания предсердий
- впервые выявленная желудочковая тахикардия

- синусовая тахикардия
- постоянная форма фибрилляции предсердий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 79 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы

На снижение кратковременной памяти, забывчивость, частые падения, общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке, сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания

Считает себя больной последние 4 года, когда стала отмечать снижение памяти, забывчивость, общую слабость. За последний год отмечает 4 эпизода падения, переломов конечностей не было. Отмечает постепенное снижение массы тела за 3 года на 7 кг. 5 лет назад был диагностирован сахарный диабет 2 типа, постоянно принимает таблетированные сахароснижающие препараты, название которых не помнит. В течение последних 4 лет выявлено повышение артериального давления, однако постоянного приема гипотензивных препаратов не было.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работала инженером. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Инфарктов миокарда, инсультов не было. Перенесенные операции: холецистэктомия более 20 лет назад.

Объективный статус

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Рост 162 см, масса тела 53 кг. ИМТ -20.2 кг/м². Периферических отеков нет.

Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 4 балла. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на аорте с проведением на сосуды шеи. ЧСС 74 в 1 мин. АД - 152/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Для оценки целевых показателей гликемического контроля пациентке необходимо выполнить лабораторные обследования

- пароксизмальная форма трепетания предсердий
- впервые выявленная желудочковая тахикардия
- синусовая тахикардия
- постоянная форма фибрилляции предсердий

Результаты обследования

Исследование уровня гликированного гемоглобина

Гликированный гемоглобин 8,1% (норма менее 6,5%).

Общий анализ крови

[cols=",^,^",options="header"]

|=====

^| *Наименование (ед. изм.)* | *Нормы* | *01.08.17*

| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 160,0 | 121,0
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 37,9
| Лейкоциты, 10^9 /л | 4,00 - 9,00 | 5,6
| Эритроциты, 10^{12} /л | 4,00 - 5,70 | 4,1
| Тромбоциты, 10^9 /л | 150,0 - 320,0 | 235,0
| Ср. объем эритроцита, фл | 80,0 - 97,0 | 89,1
| Ср. содерж. гемоглобина, пг | 28,0 - 35,0 | 30,7
| Ср. конц. гемоглобина, г/л | 330 - 360 | 312
| Лимфоциты, 10^9 /л | 1,20 - 3,50 | 2,5
| Моноциты, 10^9 /л | 0,10 - 1,00 | 0,9
| Гранулоциты, 10^9 /л | 1,20 - 7,00 | 6,7
| Нейтрофилы, 10^9 /л | 2,04 - 5,80 | 4,2
| Эозинофилы, 10^9 /л | 0,02 - 0,30 | 0,01
| Базофилы, 10^9 /л. | 0,00 - 0,07 | 0,03
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 33,5
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 3,0
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 61,0
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 2,0
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,5
| СОЭ, мм/ч | 2 - 15 | 11
|====

Общий анализ мочи

Цвет соломенно-желтый. Кетоновые тела - отсутствуют. Следы белка.
Эритроциты 0-1 в поле зрения. Лейкоциты 0-1 в поле зрения. Глюкоза +.

Исследование уровня С-пептида

С-пептид 2,3 нг/мл (норма 1,1 – 4,4 нг/мл).

Для скрининга сердечно-сосудистой патологии пациентке необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- пароксизмальная форма трепетания предсердий
- впервые выявленная желудочковая тахикардия
- синусовая тахикардия
- постоянная форма фибрилляции предсердий

Результаты обследования

Электрокардиограмма

Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка. Ишемических изменений нет.

УЗИ органов брюшной полости

Патологии не выявлено

УЗИ щитовидной железы

Патологии не выявлено

КТ грудной клетки

Легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Комплексная гериатрическая оценка позволяет выявить у больной

- нарушения психического статуса
- синдром старческой астении
- синдром мальнутриции

- депрессию

У больной имеется + _____ + риск сердечно-сосудистых осложнений

- высокий
- низкий
- умеренный
- средний

Препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии у данной пациентки являются

- верошпирон
- петлевые диуретики
- альфа-адреноблокаторы
- ингибиторы АПФ

Для коррекции липидного обмена пациентке показано назначение

- эзетимиба
- никотиновой кислоты
- статинов
- фибратов

Липидснижающую терапию статинами рекомендуется начинать

- с высоких доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня
- с низких доз, с постепенным увеличением дозы до достижения целевого уровня
- со средних доз, с постепенным снижением дозы при достижении целевого уровня
- в комбинации с эзетимибом

У пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении и сахарным диабетом при отсутствии тяжелых осложнений сахарного диабета или риска тяжелой гипогликемии рекомендуемый целевой уровень HbA1c составляет < + ____ + %

- 7,5
- 9,0
- 8,0
- 8,5

Для лечения сахарного диабета 2 типа в качестве препаратов первой линии пациентке рекомендованы

- тиазолидиндионы
- препараты сульфонилмочевины
- бигуаниды
- ингибиторы α -глюкозидаз

Для лечения деменции пациентам со старческой астенией рекомендовано назначение

- ноотропов
- антагониста глутаматных NMDA-рецепторов
- бета-адреноблокаторов
- М-холинолитиков

Для оценки базовой функциональной активности у пациентов с синдромом старческой астении применяют

- тест Мини-ког
- индекс Бартел
- индекс Кетле

- шкалу _HAS-BLED_

Для пациентов со старческой астенией рекомендованы такие виды физической активности как

- тест Мини-ког
- индекс Бартел
- индекс Кетле
- шкалу _HAS-BLED_

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 81 года обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На одышку при ходьбе, общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке, забывчивость, снижение кратковременной памяти, частые падения, шаткость походки, отеки стоп, сердцебиение.

Анамнез заболевания

Считает себя больным последние 10 лет, когда появились боли за грудиной, 8 лет назад перенес инфаркт миокарда, после которого значительно снизилась толерантность к физической нагрузке, появилась одышка, отеки ног и сердцебиение. Последние 6 лет стал отмечать снижение памяти, забывчивость, шаткость при ходьбе. Постоянно никаких препаратов не принимает.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Работал преподавателем. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Инсультов не было. Перенесенные операции: аппендэктомия более 30 лет назад.

Объективный статус

При осмотре обращает на себя внимание акроцианоз, цианоз губ. Рост 176 см, масса тела 71 кг. ИМТ -22.9 кг/м². Отеки стоп и нижней трети голеней. Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 5 баллов.

Дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в нижних долях легких. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на аорте с проведением на сосуды шеи. ЧСС 74 в 1 мин. АД - 132/78 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см из-под края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Для лабораторного подтверждения синдрома ХСН необходимо выполнить

- тест Мини-ког
- индекс Бартел
- индекс Кетле
- шкалу _HAS-BLED_

Результаты обследования

Анализ крови с определением уровня мозгового натрийуретического пептида

Уровень BNP составляет 683 пг/мл (норма менее 125 пг/мл).

Общий анализ крови

[cols="",^,^",options="header"]

|=====

| *Наименование (ед. изм.)* | *Нормы* | *01.08.17*

| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 160,0 | 121,0

| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 37,9

| Лейкоциты, 10^9 /л | 4,00 - 9,00 | 5,6

| Эритроциты, 10^{12} /л | 4,00 - 5,70 | 4,1

| Тромбоциты, 10^9 /л | 150,0 - 320,0 | 235,0

| Ср. объем эритроцита, фл | 80,0 - 97,0 | 89,1

| Ср. содерж. гемоглобина, пг | 28,0 - 35,0 | 30,7

| Ср. конц. гемоглобина, г/л | 330 - 360 | 312

| Лимфоциты, 10^9 /л | 1,20 - 3,50 | 2,5

| Моноциты, 10^9 /л | 0,10 - 1,00 | 0,9

| Гранулоциты, 10^9 /л | 1,20 - 7,00 | 6,7

| Нейтрофилы, 10^9 /л | 2,04 - 5,80 | 4,2

| Эозинофилы, 10^9 /л | 0,02 - 0,30 | 0,01

| Базофилы, 10^9 /л | 0,00 - 0,07 | 0,03

| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 33,5

| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 3,0

| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 61,0

| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 2,0

| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,5

| СОЭ, мм/ч | 2 - 15 | 11

|=====

Общий анализ мочи

Цвет соломенно-желтый. Кетоновые тела - отсутствуют. Следы белка.

Эритроциты 0-1 в поле зрения. Лейкоциты 0-1 в поле зрения. Глюкоза +.

Исследование уровня С-пептида в плазме крови

С-пептид 2,3 нг/мл (норма 1,1 – 4,4 нг/мл).

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

- тест Мини-ког
- индекс Бартел
- индекс Кетле
- шкалу _HAS-BLED_

Результаты обследования

Эхокардиография

Систолическая функция левого желудочка умеренно снижена, ФВ ЛЖ 45%, признаки диастолической дисфункции миокарда. Выявлена зона акинеза по задней стенке левого желудочка.

УЗИ органов брюшной полости

Патологии не выявлено

УЗИ щитовидной железы

Патологии не выявлено

Ультразвуковое цветковое дуплексное сканирование

Атеросклероз брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

Комплексная гериатрическая оценка позволяет выявить у больного синдром

- старческой астении
- дыхательной недостаточности
- острой сердечной недостаточности
- портальной гипертензии

У пациента можно предположить развитие такого осложнения как

- дыхательная недостаточность
- ТЭЛА
- хроническая сердечная недостаточность
- хроническая почечная недостаточность

При лечении сердечной недостаточности со сниженной фракцией у пациентов со старческой астенией не рекомендована отмена

- верапамила
- альфа-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- дигоксина

Противопоказанием для назначения бета-блокаторов при лечении пациентов с ХСН является

- синдром старческой астении
- бронхиальная астма
- сахарный диабет
- подагра

Снижение ответа на диуретическую терапию также может быть обусловлено приемом

- ингибиторов АПФ
- дигоксина
- бета-блокаторов
- НПВП

Для оценки функционального класса ХСН используют

- шкалу _HAS-BLED_
- тест с шестиминутной ходьбой
- шкалу Апгар
- индекс Кетле

Скрининг синдрома старческой астении у пациентов 60 лет и старше рекомендуется проводить с использованием

- шкалы _CHRDS-2-Vasc_
- опросника _MOS SF-36_
- индекса Тиффно
- опросника “Возраст не помеха”

Для лечения деменции пациентам со старческой астенией рекомендовано назначение

- антагониста глутаматных NMDA-рецепторов
- ноотропов
- бета-адреноблокаторов
- М-холинолитиков

Для оценки базовой функциональной активности у пациентов с синдромом старческой астении применяют

- индекс Кетле
- тест Мини-ког
- индекс Бартел
- шкалу _HAS-BLED_

Для пациентов со старческой астенией рекомендованы такие виды физической активности как

- индекс Кетле
- тест Мини-ког
- индекс Бартел
- шкалу _HAS-BLED_

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 80 лет обратилась к участковому терапевту.

Жалобы

На снижение толерантности к физической нагрузке, забывчивость, головокружение, общую слабость, частые падения, перебои в работе сердца, эпизоды неритмичного сердцебиения.

Анамнез заболевания

Считает себя больной последние 6 лет, когда стала отмечать появление слабости, снижение памяти, забывчивости, уменьшение толерантности к физической нагрузке. Отмечает постепенное снижение массы тела за последние 5 лет на 15 кг, в течение года было 4 эпизода падения, переломов конечностей не было. Последние 3 года отмечает перебои в работе сердца, на ЭКГ были зафиксированы пароксизмы ФП, продолжительностью не более 10 часов. Постоянно принимает амиодарон 200 мг в сутки и ривароксабан.

Более 15 лет страдает гипертонической болезнью, максимальное повышение АД до 164/112 мм рт. ст. постоянно принимает лизиноприл 25 мг/сутки и гипотиазид 12,5 мг.

Инфаркты и инсульт отрицает.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работала инженером, профессиональных вредностей не имела. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Перенесенные операции: кесарево сечение, аппендэктомия.

Объективный статус

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Рост 165 см, масса тела 54 кг. ИМТ -19,8 кг/м². Периферических отеков нет.

Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 7 баллов.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на аорте с проведением на сосуды шеи. ЧСС 84 в 1 мин.

АД- 134/82 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

До назначения антикоагулянтов пациентке необходимо выполнить лабораторное обследование

- индекс Кетле
- тест Мини-ког
- индекс Бартел
- шкалу _HAS-BLED_

Результаты обследования

Общий анализ крови

[cols=",^,^",options="header"]

|=====

| *Наименование (ед. изм.)* | *Нормы* | *01.08.17*

| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 160,0 | 121,0

| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 36,3

| Лейкоциты, 10^9 /л | 4,00 - 9,00 | 6,2

| Эритроциты, 10^{12} /л | 4,00 - 5,70 | 4,1

| Тромбоциты, 10^9 /л | 150,0 - 320,0 | 295,0

| Ср. объем эритроцита, фл | 80,0 - 97,0 | 84,8

| Ср. содерж. гемоглобина, пг | 28,0 - 35,0 | 31,6

| Ср. конц. гемоглобина, г/л | 330 - 360 | 348

| Лимфоциты, 10^9 /л | 1,20 - 3,50 | 3,0

| Моноциты, 10^9 /л | 0,10 - 1,00 | 0,6

| Гранулоциты, 10^9 /л | 1,20 - 7,00 | 5,3

| Нейтрофилы, 10^9 /л | 2,04 - 5,80 | 3,7

| Эозинофилы, 10^9 /л | 0,02 - 0,30 | 0,1

| Базофилы, 10^9 /л | 0,00 - 0,07 | 0

| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 37,3

| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 1,0

| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 61,7

| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0

| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0

| СОЭ, мм/ч | 2 - 15 | 5

|=====

Анализ крови с определением тропонинового теста

Тропониновый тест отрицательный (норма – отрицательный).

Анализ крови на гормоны щитовидной железы

ТТГ 1,2 мЕД/л (норма 0,4-4,8), Т3 свободный 3,6 пмоль/л (норма 2,63-5,68), Т4 свободный 14,5 пмоль/л (9-21).

Анализ крови с определением уровня амилазы

33,6 (норма 28-100 ЕД/мл).

С учетом жалоб, необходимым инструментальным методом исследования будет

- индекс Кетле
- тест Мини-ког
- индекс Бартел
- шкалу _HAS-BLED_

Результаты обследования

Эхокардиография

Систолическая функция левого желудочка не изменена, ФВ ЛЖ 53%. Дилатация левого предсердия, признаки гипертрофии и диастолической дисфункции миокарда левого желудочка. Нарушений локальной сократимости миокарда не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости

Патологии не выявлено.

УЗИ малого таза

Патологии не выявлено

Рентгенография грудной клетки

Легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Комплексная гериатрическая оценка позволяет выявить у больной

- риск падения
- синдром мальнутриции
- синдром старческой астении
- бытовую зависимость

У пациентки диагностирована + _____ + форма ФП

- впервые выявленная
- перманентная
- пароксизмальная
- постоянная

Препаратом (-ами) выбора для лечения артериальной гипертензии у данной пациентки является/являются

- петлевые диуретики
- верошпирон
- альфа-адреноблокаторы
- ингибиторы АПФ

Назначение амиодарона данной пациентке необходимо для

- урежения частоты сердечных сокращений
- профилактики инсульта
- профилактики рецидивирующей ФП
- улучшения сократительной функции миокарда

Пациентам с АГ и ФП при необходимости контроля ЧСС в качестве компонента антигипертензивной терапии рекомендуется назначать

- пропafenон
- амиодарон
- бета-адреноблокаторы
- сердечные гликозиды

Пациентам с синдромом старческой астении при неклапанной фибрилляции предсердий для профилактики инсульта рекомендовано назначение

- фибринолитиков
- антиагрегантов
- низкомолекулярного гепарина
- антикоагулянтов

Для оценки риска кровотечений у пациентов с ФП рекомендовано использовать шкалу

- _SCORE_

- HAS-BLED
- CHA₂-DS₂-VASc
- TIMI

Для лечения деменции пациентам со старческой астенией рекомендовано назначение

- бета-адреноблокаторов
- М-холинолитиков
- антагониста глутаматных NMDA-рецепторов
- ноотропов

К факторам риска по шкале CHA₂-DS₂-VASc относят

- бронхиальную астму
- мужской пол
- артериальную гипертонию
- возраст 40-50 лет

Для пациентов со старческой астенией рекомендованы такие виды физической активности как

- бронхиальную астму
- мужской пол
- артериальную гипертонию
- возраст 40-50 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет вызвала врача на дом.

Жалобы

На интенсивную головную боль, пульсирующего характера, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания

Более 10 лет отмечает повышение АД. Систематически не лечилась. Лекарств не принимала. В течение 7 лет страдает сахарным диабетом.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работала закройщицей в ателье
- * Перенесённые заболевания: ОРВИ
- * Наследственность: мама умерла от инсульта
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 84 кг, рост 163, см. ИМТ 31,6 кг/м².

Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы нормальной окраски, гипергидроз. Гиперемия лица. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см. ЧСС 86/мин, АД 180/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- бронхиальную астму
- мужской пол
- артериальную гипертонию
- возраст 40-50 лет

Результаты обследования

Креатинин крови и расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ)

Креатинин 109 мкмоль/л (норма 44-80), СКФ 40 мл/мин

Липидный профиль

Холестерин – 5,75 ммоль/л

Триглицериды - 1,7 ммоль/л

ЛПНП – 3,5 ммоль/л

Общий анализ мочи

[cols="",^",options="header"]

|=====

^| Показатель | Результат

| Цвет | с/желтый

| Относительная плотность | 1016

| Белок | 0,05 г/л

| Глюкоза | не обнаружено

| Эпителий плоский | незначительное количество

| Цилиндры | не обнаружено

| Эритроциты | не обнаружено

| Лейкоциты | 1-2 в поле зрения

| Кетоновые тела | не обнаружено

|=====

Уровень глюкозы в венозной крови

Глюкоза 5,7 ммоль/л (норма 3,3-5,5 ммоль/л)

Общий белок сыворотки крови

Общий белок – 74 (норма 65-85 г/л)

Ферритин сыворотки крови

Ферритин – 89 мкг/л (норма 10 - 120 мкг/л)

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- бронхиальную астму
- мужской пол
- артериальную гипертонию
- возраст 40-50 лет

Результаты обследования

Регистрация ЭКГ в 12 отведениях

УЗИ почек

УЗИ признаков структурной патологии почек не выявлено

Эхо-КГ

Зон локальной акинезии и дискинезии не выявлено, ТЗСЛЖ 12 мм, ФВ ЛЖ 47%

Холтеровское мониторирование ЭКГ

Ритм синусовый, депрессий сегмента ST не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки

Очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Сцинтиграфия миокарда

Зон нарушений локальной сократимости не выявлено.

Основным диагнозом, определяющим в настоящее время тяжесть состояния больного, является

- бронхиальную астму
- мужской пол
- артериальную гипертензию
- возраст 40-50 лет

Диагноз

Изолированная систолическая артериальная гипертензия. Степень АГ 3

Сахарный диабет, 2 тип

Ишемическая болезнь сердца

Хроническая сердечная недостаточность

Пациентка в послеобеденное время часто жалуется на головокружение, причиной его возникновения является

- синдром Меньера
- транзиторная ишемическая атака
- постпрандиальная гипотензия
- гипертонический криз

Немедикаментозное лечение артериальной гипертензии рекомендуется

- только тем пациентам, у которых АД не превышает 140/90 мм рт. ст
- пациентам, у которых выявлены множественные факторы риска
- всем пациентам с выявленной артериальной гипертензией
- пациентам, у которых нет поражения органов-мишеней

Целевой уровень систолического артериального давления у данной пациентки составляет + _____ + мм рт. ст

- 140 - 149
- 130-139
- 120 - 129
- 120 - 139

Медикаментозную терапию данной пациентки следует начать с

- монотерапии антагонистами кальция
- монотерапии диуретиками
- монотерапии ингибиторами АПФ
- комбинации блокаторов РААС с антагонистом кальция

Целевой уровень диастолического АД у пациентки составляет

+ _____ + мм рт. ст

- 60 - 69
- 70 - 79
- 80 - 89
- 80 - 99

Риск сердечно-сосудистых осложнений по шкале _SCORE_ у данной пациентки

- низкий
- умеренный
- экстремальный
- высокий

Назначение статинов данной пациентке с целью коррекции факторов риска

- показано, но только после неэффективности диеты
- не показано, так как уровень холестерина менее 6,0 ммоль/л
- показано в любом случае
- не показано, так как пациентка старше 60 лет

Назначение ацетилсалициловой кислоты данной пациентке

- показано, в любом случае
- не показано
- показано под прикрытием противоязвенной терапии
- показано, если систолическое АД не превышает 200 мм рт.ст

Целевое АД должно быть достигнуто в течение

- показано, в любом случае
- не показано
- показано под прикрытием противоязвенной терапии
- показано, если систолическое АД не превышает 200 мм рт.ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 81 года направлена на консультацию к гериатру врачом общей практики.

Жалобы

Общую слабость, боли в коленных суставах, боли в тазобедренных суставах при движении и в покое, боли в грудном и поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в правую ногу, боли в области ребер, шаткость при ходьбе, головокружение, нестабильность цифр АД.

Анамнез заболевания

Боли в суставах появились в возрасте 55 лет, ранее обострения болевого синдрома отмечала 2-3 раза в год, периодически принимала НПВП в пероральной и местной формах, комбинированные препараты хондроитин сульфата и глюкозамин гидрохлорида с кратковременным эффектом. Последние 3 года боли в суставах беспокоят постоянно, отмечает стартовые боли после пробуждения, длящиеся 20-30 минут, которые уменьшаются после начала

активных движений. Боли в нижней части спины отмечает более 15 лет. Около 5-ти лет боли в нижней части спины с иррадиацией в правую ногу. Боли в грудном отделе позвоночника появились около года. 7-8 месяцев беспокоят боли в области ребер. Последнее ухудшение в течение месяца, когда выросла интенсивность болевого синдрома в суставах, вплоть до ограничения подвижности, усилились боли в нижней части спины. Последние две недели требуется помощь в вставании с постели, выполнении бытовых дел. Применяет местные формы НПВП 2 раза в день, через день 100 мг нимесулида, около 2-х месяцев диацереин, однако эффекта не отмечает. После приема нимесулида боль уменьшается на 3-4 часа, после чего увеличивается до исходного уровня.

Анамнез жизни

До менопаузы тяжелых заболеваний не было. Менопауза в 53 года. Гинекологических операций не было. С 50 лет повышение артериального давления. Максимальные цифры АД – 190/110 мм рт. ст. В настоящее время принимает комбинацию иАПФ и амлодипина, уровень АД 130-160/80-100 мм рт. ст. Отмечается повышенный уровень холестерина, ранее принимала аторвастатин, который не получает уже более 5 лет. В 74 года перенесла ОНМК, по поводу которого находилась на стационарном лечении, в последующем пребывала в реабилитационном санатории. За последние 6 месяцев отметила снижение веса, в связи с отсутствием аппетита и уменьшением количества потребляемой пищи. Отмечает запоры до 4-х суток. Пьет около 1 литра воды в сутки. До 80 лет не требовалась посторонняя помощь в выполнении бытовых дел, прогулках и передвижении по городу. До 76 лет читала книги, газеты, интерес к которым пропал, в т.ч. и по поводу снижения остроты зрения. Последние месяцы требуется помощь в уборке дома, стирке постельных принадлежностей, прогулках. Передвижение по городу прекратила, в связи с падениями на улице и сформированным страхом падения. Проживает с семьей дочери. Имеет среднетехническое образование. Работала товароведом в магазине.

Объективный статус

На момент обследования состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Вес 61 кг, рост 162 см. Передвигается с трудом, опираясь на руку дочери. Пастозность голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в 1 минуту. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. ЧСС – 89 в 1 минуту. АД – 155/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в размерах, за счет деформации грудной клетки. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Коленные суставы деформированы, в объеме увеличен левый коленный сустав, не симметричны.

Кифосколиотическая деформация грудного отдела позвоночника, сглажен поясничный лордоз. Узелки Гебердена-Бушара.

Шкала «Возраст не помеха» - 5 баллов. Индекс активности в повседневной жизни – 75. Краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов. SARC-F – 6 баллов. Динамометрия – 12,4 кг. Тест «встань и иди» - 33 сек. MMSE – 22 балла. Краткая гериатрическая шкала оценки депрессии – 14 баллов. Опросник тревоги в гериатрии – 4 балла. Индекс выраженности бессонницы - 17 баллов.

Необходимыми для постановки диагноза методами инструментального обследования являются

- показано, в любом случае
- не показано
- показано под прикрытием противоязвенной терапии
- показано, если систолическое АД не превышает 200 мм рт.ст

Результаты обследования

Рентгенография коленных суставов

Рентгенография поясничного и грудного отдела позвоночника

Рентгенограмма грудного отдела позвоночника в боковой проекции.

Подчеркнутость контуров тел позвонков. «Рамочная» структура тел позвонков.

Умеренная передняя клиновидная деформация тела TVII (ИТП 0,7; стрелка).

Сужены щели межпозвонковых дисков. Небольшие остеофиты

Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника в боковой проекции.

Повышена рентгенопрозрачность костной ткани. Подчеркнутость контуров тел позвонков. Выраженная деформация тела LIV (ИТП <0,6) по типу «рыбьего» позвонка (стрелка)

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

УЗ-признаки стенозирующего атеросклероза внутренних сонных артерий.

Правая ВСА стеноз 48%, левая ВСА стеноз 82%. Непрямолинейный ход

позвоночных артерий с обеих сторон, стеноз правой ПА 30%, левой ПА – 60%.

Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия шейки бедренной кости

T-критерий – (-2,1) СО

Количественное сенсорное тестирование

УЗИ щитовидной железы

УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА с ровными контурами, симметричная.

Правая доля размерами 1,1÷1,5÷4,6 см, объём – 3,6 куб. см.

Левая доля размерами 1,2÷1,3÷4,4 см, объём – 3,3 куб. см.

Перешеек – 0,2 см. Общий объём – 6,9 куб. см.

Структура диффузно умеренно неоднородная, пониженной эхогенности.

В правой доле – гипоехогенный неоднородный узел с ровными контурами,

размерами 0,5÷0,2 см и множественные кисты размерами 0,3÷0,2 см, 0,2÷0,2 см и 0,2÷0,2 см.

В перешейке объёмные образования не выявлены.

В левой доле - множественные кисты размерами от 0,3÷0,2 см и более мелкие.

При ЦДК паренхиматозный кровоток не изменён, перинодулярный.

Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

***ЗАКЛЮЧЕНИЕ*:** Диффузные изменения паренхимы. Множественные кисты обеих долей. Узел правой доли.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- показано, в любом случае
- не показано
- показано под прикрытием противоязвенной терапии
- показано, если систолическое АД не превышает 200 мм рт.ст

Результаты обследования

Исследование уровня витамина 25(ОН)D

Витамин 25(ОН)D – 8 нг/мл (N >30 нг/мл)

Исследование уровня С-реактивного белка

СРБ – 4 мг/л (норма < 5 мг/л)

Определение концентрации мочевой кислоты

Мочевая кислота – 315 мкмоль/л (норма 150 – 350)

Ревматоидный фактор

Ревматоидный фактор 2,5 (норма < 14 МЕ/мл)

Определение концентрации железа в сыворотке крови

Железо сыворотки крови - 21,3 мкмоль/л (норма 9,0 - 30,4)

Определение концентрации антистрептолизина-О

134 МЕ/мл (норма < 200 Ед/мл)

Учитывая данные осмотра, лабораторных и инструментальных обследований, нозологией ставшей причиной хронического болевого синдрома у больной является

- показано, в любом случае
- не показано
- показано под прикрытием противоязвенной терапии
- показано, если систолическое АД не превышает 200 мм рт.ст

Диагноз

Генерализованный остеоартрит и Тяжелый остеопороз смешанного генеза

Нейропатическая боль

Метастатическое поражение позвоночника

Анкилозирующий спондилит

Из представленных гериатрических синдромов, у пациентки течение хронической боли утяжеляет синдром

- констипационный
- когнитивных нарушений
- сенсорного дефицита
- старческой астении

У данной пациентки наличие старческой астении подтверждает

- краткая батарея тестов физического функционирования – 5 баллов
- тест «Встань и иди» - 33 сек

- _MMSE_ – 22 балла
- _SARC-F_ – 6 баллов

Гериатрический синдром влияющий на основной риск неблагоприятного исхода остеопороза (перелом шейки бедра) у данной больной

- констипационный синдром
- снижение мобильности
- мальнутриции
- синдром падений

Суммарная насыщающая доза колекальциферола для данной больной -
 + _____ + ME

- 200000
- 60000
- 400000
- 100000

Для оптимальной терапии хронической боли в спине у данной больной является назначение

- антидепрессантов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антиконвульсантов
- антирезорбтивных препаратов

Среди немедикаментозной терапии хронической боли наиболее оптимальна

- лазеротерапия
- лечебная физкультура
- электрофорез с анальгетическими препаратами
- санаторно-курортное лечение

Для предупреждения обострений хронического болевого синдрома и сохранения функциональной активности больной наиболее показано/показаны

- симптоматические медленно-действующие препараты
- антидепрессанты
- нестероидные противовоспалительные препараты
- внутрисуставное введение стероидов

Из дополнительных лабораторных методов исследования для принятия решения о назначении НПВП больной необходимо выполнить

- железо сыворотки крови
- витамин В~12~
- креатинин и рассчитать скорость клубочковой фильтрации
- АСТ, АЛТ

В комплексной терапии хронической боли показана медикаментозная коррекция

- железо сыворотки крови
- витамин В~12~
- креатинин и рассчитать скорость клубочковой фильтрации
- АСТ, АЛТ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 82 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

- * сухость во рту
- * жажда
- * частое мочеиспускание
- * приступы слабости, потливости, сердцебиения, возникающие через 2-3 часа после завтрака

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 2 типа в течение 10 лет. Постоянно принимает Метформин 1000 мг утром и вечером, Глимепирид 4 мг утром за 30 мин до завтрака. Контроль гликемии 1 раз в сутки (утром натощак). Ведет дневник гликемии, по данным которого уровень тощачковой гликемии находится в пределах от 6,6 ммоль/л до 8,8 ммоль/л, гликемию в постпрандиальном периоде и перед сном не измеряет.

Более 30 лет отмечает повышение АД с максимальными подъемами до 180/95 мм рт. ст. 12 лет назад перенесла инфаркт миокарда, баллонную коронарную ангиопластику со стентированием передней нисходящей артерии. Постоянно принимает Амлодипин 5 мг утром, Бисопролол 5 мг утром, Аторвастатин 20 мг на ночь, Ацетилсалициловую кислоту 100 мг вечером.

На этом фоне отмечается повышение артериального давления до 150/90 мм рт. ст., ЧСС в пределах 60-75 уд/мин. Приступы стенокардии при бытовых физических нагрузках отрицает.

Анамнез жизни

В анамнезе - мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Рост 165 см. Масса тела 90 кг. ИМТ 33,1 кг/м².

Кожные покровы: физиологической окраски, чистые, умеренно влажные.

Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена равномерно.

Молочные железы при пальпации без патологии.

Сердечно-сосудистая система: АД справа 150/85 мм рт. ст., частота пульса 70 в мин., аускультация сердца - тоны ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются.

Органы дыхания: аускультация легких - дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет, перкуссия легких - звук легочный, ЧДД 14 в мин.

Органы пищеварения: живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени пальпируется по краю реберной дуги, безболезненный.

Стул - регулярный, оформленный.

Мочевыделительная система: мочеиспускание - свободное, безболезненное, симптом поколачивания - отрицательный с обеих сторон.

Status localis: щитовидная железа пальпируется в типичном месте, не увеличенная, безболезненная, плотно-эластической консистенции, структура неоднородная. Патологические образования в области проекции щитовидной железы не пальпируются.

Перед принятием решения об эффективности сахароснижающей терапии и ее коррекции необходимо определение

- железо сыворотки крови
- витамин В₁₂
- креатинин и рассчитать скорость клубочковой фильтрации
- АСТ, АЛТ

Результаты обследования

Гликированный гемоглобин

Гликированный гемоглобин - 8.6%

Скорость клубочковой фильтрации

СКФ (по EPI) = 42 мл/мин/1,73 м²

Гемоглобин

Общеклинический анализ крови:

[cols="^,^,^",options="header"]

|=====

^ Показатель	Результат	Ед.изм.	Норма
Лейкоциты	5.62	10 ⁹ кл/л	3.4-10.8
- нейтрофилы	55.2	%	39-75
- лимфоциты	34	%	16.9-47.9
- моноциты	8.5	%	5-12.5
- эозинофилы	1.8	%	0.2-5.4
- базофилы	0.5	%	0-1
- нейтрофилы (абс)	3.1	10 ⁹ кл/л	1.5-6.8
- лимфоциты (абс)	1.91	10 ⁹ кл/л	1.1-3.4
- моноциты (абс)	0.48	10 ⁹ кл/л	0.3-1
- эозинофилы (абс)	0.1	10 ⁹ кл/л	0-0.4
- базофилы (абс)	0.03	10 ⁹ кл/л	0-0.1
Эритроциты	4.66	10 ¹² кл/л	3.8-5.2
Гемоглобин	*129*	*г/л*	*112-153*
Гематокрит	39.4	%	35-46
Ср.объем эритроцитов (MCV)	84.5	фл	82-98
Ср.сод.гемоглобина в эритроц. (MCH)	27.7	пг	27-34
Ср.конц.гемоглобина в эритроц.(MCHC)	327	г/л	314-356
Индекс распр. эритроц.(RDW)	13.3	%	11.6-16.5
Тромбоциты	271	10 ⁹ кл/л	152-372
Ср.объем тромбоцитов (MPV)	10.8	фл	9-12.2
Тромбокрит (PCT)	0.29	%	0.17-0.38
Индекс распр.тромбоцитов (PDW)	14.4		9.7-16.7
СОЭ	15	мм/час	2-30

|=====

Альбумин сыворотки

Биохимический анализ крови:

[cols="^,^,^",options="header"]

|=====

^|Показатель |Результат |Ед.изм. |Норма

|Билирубин общий |8.6 |мкмоль/л |3.4-20.5
|Холестерин общ |3.34 |ммоль/л |3.3-5.2
|Белок общий |70 |г/л |64-83
|Мочевина |8> |ммоль/л |3.5-7.2
|Креатинин |106.8> |мкмоль/л |50-98
|Альбумин |40 |г/л |34-48
|Натрий |142 |ммоль/л |136-145
|Хлориды |106 |ммоль/л |98-107
|Калий |4.1 |ммоль/л |3.5-5.1
|АСТ |20 |Ед/л |5-34
|Мочевая кислота |331.74 |мкмоль/л |142-339
|АЛТ |15 |Ед/л |0-55
|=====

Альдостерон-рениновое соотношение

Альдостерон 125 пг/мл (норма 22,1 – 353 пг/мл)

Ренин 25 мкМЕ/мл (норма 4,4 – 46,1 мкМЕ/мл)

Альдостерон -Рениновое соотношение = 5 пг/ мкМЕ (норма <12 пг/ мкМЕ)

Осмолярность плазмы

Осмолярность плазмы – 293 мосмоль/л (норма 285-295 мосмоль/л)

Для уточнения природы эпизодов слабости, потливости, сердцебиения пациентке показан

- железо сыворотки крови
- витамин В~12~
- креатинин и рассчитать скорость клубочковой фильтрации
- АСТ, АЛТ

Результаты обследования

Самоконтроль гликемии через 2-3 часа после завтрака

Гликемия через 2,5 часа после завтрака 3,3 ммоль/л

Непрерывный мониторинг гликемии в сочетании с интенсивной инсулинотерапией (инсулиновая помпа)

У больной отсутствуют показания для инициации инсулинотерапии.

В связи с этим постановка инсулиновой помпы нецелесообразна

Суточный мониторинг ЭКГ

Ритм синусовый. Средняя ЧСС 76 в мин, минимальная ЧСС 59 в мин (сон), максимальная 112 в мин (ходьба по лестнице). 134 единичные наджелудочковые экстрасистолы, преимущественно в дневное время. 8 мономорфных желудочковых экстрасистол. Диагностически значимой депрессии ST-T не зарегистрировано.

Суточный мониторинг артериального давления

Среднесуточное САД 155 мм рт. ст., ДАД 88 мм рт. ст. Максимальное АД 177/94 мм рт. ст., минимальное – 144/82 мм рт. ст. Тип суточного профиля – диппер.

Приступы слабости, потливости, сердцебиения, возникающие через 2-3 часа после завтрака, у данной пациентки можно расценить как эпизоды

- железо сыворотки крови

- витамин В₁₂
- креатинин и рассчитать скорость клубочковой фильтрации
- АСТ, АЛТ

Диагноз

Гипогликемия

Гипергликемия

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

Артериальная гипертензия

Снижение СКФ~СКД~~~ЕРГ~ до 42 мл/мин/1,73 м² следует расценить как + _____ + стадию хронической болезни почек

- 3b
- 4
- 2
- 3a

В связи с высокой способностью провоцировать гипогликемические состояния пациентке показана отмена

- бисопролола
- амлодипина
- глимепирида
- метформина

В связи с признаками гипогликемических состояний на фоне недостижения целевого индивидуального уровня гликированного гемоглобина, больной показана коррекция сахароснижающей терапии в виде добавления к метформину

- инсулинотерапии
- ингибиторов дипептидилпептидазы 4 типа
- производных сульфонилмочевины
- тиазолидиндионов

Наличие у пациентки ХБПс3б + _____ + для назначения ингибиторов дипептидилпептидазы 4 типа

- является абсолютным показанием
- является относительным противопоказанием
- не является противопоказанием
- является абсолютным противопоказанием

Целевое значение уровня гликированного гемоглобина у данной пациентки должно быть менее + _____ + %

- 7,0
- 8,5
- 7,5
- 8,0

Учитывая нецелевые показатели АД, данной пациентке необходимо добавить препарат из группы

- альфа-адреноблокаторов

- агонистов II-имидазолиновых рецепторов
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- тиазидных диуретиков

В качестве мероприятий по изменению образа жизни для достижения целевых значений артериального давления и профилактики прогрессирования диабетической нефропатии пожилой пациентке целесообразно рекомендовать

- употребление овощей до 800 г/сут
- ограничение употребления поваренной соли до 5 г/сут
- снижение массы тела до 18 кг/м²
- анаэробные физические нагрузки 5-7 дней в неделю

Достаточным для пожилой пациентки уровнем физической активности можно считать

- упражнения с отягощениями для увеличения мышечной массы 2-3 раза в неделю
- выполнение процедур по самообслуживанию
- ежедневные анаэробные физические нагрузки
- прогулки по 30–60 мин ежедневно или через день

Рациональной диетической рекомендацией наряду со снижением употребления поваренной соли будет являться

- упражнения с отягощениями для увеличения мышечной массы 2-3 раза в неделю
- выполнение процедур по самообслуживанию
- ежедневные анаэробные физические нагрузки
- прогулки по 30–60 мин ежедневно или через день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет на амбулаторном приёме.

Жалобы

* на боль в коленных суставах, мелких суставах кистей, утреннюю скованность, онемение в кистях;

* на головные боли, тяжесть в голове, несистемное головокружение, онемение кончиков пальцев рук, больше справа, зябкость ног, неустойчивость при ходьбе, снижение памяти, нарушение сна.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят больше года.

Сахарный диабет 2 типа на протяжении последних 10 лет.

Анамнез жизни

Работала учителем начальных классов, стаж 47 лет.

ОНМК, ОИМ - отрицает. ЧМТ в 2005 году.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание ясное.

Нормостенического телосложения, повышенного питания. (рост 158 см, вес – 79 кг).

Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

АД-125/85 мм рт. ст. Пульс - 78 уд. в мин.

Кожные покровы: чистые, физиологической окраски, Цианоз: нет. Влажность: сухая. Видимые слизистые: физиологической окраски. Отеки: нет.

Перифер. л/узлы: не увеличены.

Мышцы: мышечная сила верхних и нижних конечностей сохранена.

Локомоторный статус: болезненная пальпация и припухлость 2ПяФС правой кисти, болезненная пальпация правого лучезапястного сустава, правого плечевого сустава, припухлость и болезненность правого коленного сустава, болезненная пальпация левого коленного сустава, крепитация коленных суставов, ахиллоденит двусторонний.

ЧМН: глазные щели: D=S зрачки: D=S

Слабость конвергенции: нет. Диплопия: нет.

Реакция зрачков на свет: живая Точки выхода тройничного нерва: безболезненны. Лицо: симметричное.

Нистагм: нет.

Шум в ушах: нет.

Головокружение: нет.

Голос: не изменён. Язык: По средней линии.

Менингеальные симптомы: нет.

Чувствительность: гипестезия "носки", "перчатки".

Рефлексы: с конечностей верхних DS: D=S, живые нижних DS: коленные D=S, живые.

Патологические знаки: есть.

Координация: в позе Ромберга; пошатывается.

Память, внимание: нарушена МиниКог тест два слова с подсказкой.

Расстройства движения: нет.

Вегетативная нервная система: без особенностей.

Эмоциональная сфера: вялая, астенизирована.

Другие симптомы: пястно-фаланговый сустав 2 п правой кисти деформирован, отечен, движения в нем болезненны, ограничены

Наиболее оптимальными в данном случае лабораторными исследованиями будут

- упражнения с отягощениями для увеличения мышечной массы 2-3 раза в неделю
- выполнение процедур по самообслуживанию
- ежедневные анаэробные физические нагрузки
- прогулки по 30–60 мин ежедневно или через день

Результаты обследования

ОАК, ОАМ, креатинин сыворотки, трансаминазы

Все показатели в пределах нормы

СРБ, РФ, АЦЦП, мочевая кислота сыворотки

СРБ – 3 мг/л

РФ – 15 МЕд/мл

АЦЦП – 0,3 Ед/мл

Мочевая кислота – 250 мкмоль/л

РФ, АНФ, ANCA

РФ – 15 МЕд/мл

АНФ – 1:80

ANCA – 1:20

СРБ, РФ, АЦЦП, прокальцитонин, АСЛО

СРБ – 3 мг/л

РФ – 15 МЕд/мл

Прокальцитонин – 0,01 нг/мл

АСЛО – 20 Ед/мл

АЧТВ, МНО, ТВ, фибриноген

Все показатели в пределах нормы

Т4, Т3, ТТГ, АТ к ТПО

Все показатели в пределах нормы

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- упражнения с отягощениями для увеличения мышечной массы 2-3 раза в неделю
- выполнение процедур по самообслуживанию
- ежедневные анаэробные физические нагрузки
- прогулки по 30–60 мин ежедневно или через день

Результаты обследования

Рентгенография коленных суставов

На рентгенограмме: без свежей костно-травматической патологии, выраженное сужение суставной щели, субхондральный склероз; остеофиты по краям суставных поверхностей обоих коленных суставов.

УЗИ коленных суставов

УЗИ правого коленного сустава: эхографическая картина артрозо-артрита правого коленного сустава, синовита со значительным количеством выпота, тендинита внутренней боковой связки, тендинита сухожилия правой четырехглавой мышцы бедра в зоне дистального энтеза (энтезопатия), супрапателлярного бурсита справа, кисты Бейкера справа

Рентгеновская денситометрия

Область исследования: шейка бедренной кости.

Содержание костного минерала (ВМС): 4.06 гр.

Площадь сканируемой поверхности: 5,36 см²

T-критерий (neck): -1

Z-критерий (neck): -0.8

Поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

В материале кристаллов не обнаружено

Предполагаемый основной диагноз

- упражнения с отягощениями для увеличения мышечной массы 2-3 раза в неделю
- выполнение процедур по самообслуживанию
- ежедневные анаэробные физические нагрузки
- прогулки по 30–60 мин ежедневно или через день

Диагноз

Гонартроз двусторонний первичный

Ревматоидный артрит

Пирофосфатная артропатия

Подагра

Термин мультиморбидность подразумевает наличие нескольких заболеваний

- связанных доказанным патогенетическим механизмом
- вне зависимости от наличия или отсутствия патогенетической связи между ними
- сопровождающихся новыми симптомами на фоне уже существующей клинической картины
- не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами

В качестве первой линии при лечении гонартроза следует рекомендовать назначение

- опиоидных анальгетиков
- парацетамола
- длительных курсов хондропротекторов
- НПВС

Программа снижения массы тела при остеоартрите включает

- бальнеотерапию
- диету и аэробные упражнения
- участие в «Школе здоровья»
- диету и массаж воротниковой области

При гонартрозе показаны такие немедикаментозные методы лечения как

- акупунктура
- применение клиновидных стелек
- физические нагрузки в виде бега и прыжков со скакалкой
- массаж

Введение ГКС в сустав при остеоартрите показано при (по)

+ _____ + и в объёме

- невозможности купирования синовита адекватными дозами НПВП; не чаще 1 раза в 3 месяца
- совместном назначении с НПВП для усиления их действия; не чаще 1 раза в 3 месяца
- по требованию пациента; не более 2 инъекций в год
- совместном назначении с НПВС для усиления их действия; не чаще 2 раз в 3 месяца

Из комплекса ЛФК для пациентов с остеоартрозом исключают

- плавание и упражнения в воде
- осевую нагрузку на суставы (бег и прыжки)
- упражнения в ходьбе
- езду на велосипеде

Курсовое применение глюкокортикоидов при гонартрозе

- рекомендуется при неэффективности НПВП
- не рекомендуется
- рекомендуется при неэффективности гиалуроната натрия
- возможно по желанию пациента

Согласно классификации выделяют следующие формы остеоартроза

- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный

- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный
- первичный, вторичный, третичный
- изолированный, распространенный, смешанный

Факторами риска развития остеоартроза у данной пациентки являются

- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный
- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный
- первичный, вторичный, третичный
- изолированный, распространенный, смешанный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 82 лет поступила в кардиологическое отделение больницы.

Жалобы

На нестабильность цифр АД со склонностью к гипотонии, падения при смене положения тела, снижение памяти на текущие события.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки: длительное время гипертоническая болезнь с максимальными подъемами АД до 180/100 мм рт. ст. На фоне постоянной гипотензивной терапии последние 2 недели отмечает снижение АД до 90/60 мм рт. ст. Длительное время регулярно принимает: лозартан 50 мг утром и вечером, торасемид 10 мг утром, гипотиазид 12,5 мг утром, бисопролол 5 мг утром, коррекция терапии не проводилась.

По данным выписных эпикризов в анамнезе - ИБС: Стенокардия напряжения 3 ФК. Постинфарктный кардиосклероз (РИМ 2008 г).

ОНМК, нарушения ритма, переломы – отрицает.

Настоящая госпитализация обусловлена ухудшением течения основного заболевания, с целью обследования и коррекции лечения.

Анамнез жизни

В анамнезе двусторонний гонартроз 2 ст.

Социальный статус: образование высшее. Проживает с мужем, квартира на 5 этаже. Есть лифт. Испытывает трудности в самообслуживании и передвижении. Дочь пациентки проживает отдельно.

Вредные привычки: длительное время курит по 5 сигарет в день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Пациентка ориентирована в месте, времени и собственной личности.

Рост 158 см. Вес 70 кг. Кожные покровы физиологичны, периферических отеков нет.

В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 мин.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в мин., пульс 68 в мин., АД 110/75 мм рт. ст.

Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Результаты комплексной гериатрической оценки (КГО): шкала «Возраст не помеха» - 5 баллов.

Индекс активности в повседневной жизни (Бартел) – 85 баллов.
Инструментальная активность (Лоутон) – 5 баллов.
Краткая батарея тестов физического функционирования – 4 балла.
Скорость ходьбы – 0,26 м/с.
Тест «встань и иди» - 35 сек.
Тест MMSE 23 балла.
Тест рисования часов 8 баллов.
Краткая шкала оценки питания (MNA) – 10 баллов.
Гериатрическая шкала депрессии 2 балла.
Шкала Нортон 11 баллов.
Шкала Морсе 25 баллов.
Визуально-аналоговая шкала 4 балла.
Ортостатическая проба: АД лежа: 145/90 мм рт. ст. АД через 1 мин при вставании 135/70 мм рт. ст. АД через 3 мин при вставании 112/70 мм рт. ст.
Сенсорные дефициты – снижение слуха.

Для оценки функциональной активности у пациентов пожилого и старческого возраста применяют шкалы

- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный
- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный
- первичный, вторичный, третичный
- изолированный, распространенный, смешанный

Результаты обследования

Бартел

Лоутон

Нортон

11 баллов

Морсе

25 баллов

Визуально-аналоговая шкала

4 балла

У пациентов при стабильной ИБС к наиболее важным параметрам при биохимическом исследовании крови относят оценку уровня

- первичный, вторичный, осложненный, неосложненный
- первичный, вторичный, локализованный, генерализованный
- первичный, вторичный, третичный
- изолированный, распространенный, смешанный

Результаты обследования

Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХсЛНП)

[cols="^,^,^"]

|=====

| Билирубин общий | 7,6 | 2,0-21,0 | мкмоль/л

| Холестерин общий | *5,9 ↑* | 3,0-5,7 | ммоль/л

| Триглицериды | *2,50 ↑* | 0,60-1,70 | ммоль/л

| Хс-ЛПВП | 1,10 | 0,90-1,54 | ммоль/л

| Хс-ЛПНП | *3,5 ↑* | 0,0-3,2 | ммоль/л

| АЛТ | 5,0 | 5,0-34,0 | МЕ/л

| АСТ | 15,0 | 5,0-31,0 | МЕ/л

|=====

Креатинин

74 мкмоль/л (норма: 44.0—80.0 мкмоль/л)

Витамин 25(ОН)D

45 нг/мл (норма: 30-100 нг/мл.)

Тропонин I

0,003 нг/мл (норма: менее 0,026 нг/мл)

Учитывая данные жалоб, результаты КГО (ортостатическая проба) можно выставить гериатрический синдром

- ортостатическая гипертензия
- ортостатическая гипотензия
- синдром мальнутриции
- синдром падений

По данным краткой батареи тестов физического функционирования можно выставить диагноз

- ортостатическая гипертензия
- ортостатическая гипотензия
- синдром мальнутриции
- синдром падений

Диагноз

Старческая астения

Преастения

Мальнутриция

Делирий

Наличие синдрома старческой астении подтверждается

- тестом «Встань и иди»
- тестом MMSE
- краткой батареей тестов физического функционирования
- шкалой Нортон

Для оценки когнитивного статуса у данной пациентки необходимо использовать

- шкалу «Возраст не помеха»
- тест краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE)
- гериатрическую шкалу депрессии
- скрининг MNA

К немедикаментозным методам модификации факторов риска у данной пациентки рекомендован отказ от

- курения
- соблюдения диеты
- физических нагрузок
- вакцинации

При невозможности достижения целевого уровня ХсЛНП на фоне максимальных переносимых доз статинов рекомендуется к лечению добавить

- орлистат
- омакор
- эволокумаб
- эзетимиб

В качестве антитромбоцитарного средства в низких дозах всем пациентам со стабильной ИБС для профилактики ССО рекомендуется назначать

- клопидогрел
- тикагрелор
- прасугрел
- ацетилсалициловую кислоту

Учитывая функциональный класс у данного пациента рекомендуется сразу назначить комбинацию бета-адреноблокатора с

- дигидропиридиновым антагонистом кальция
- блокатором рецепторов ангиотензина II
- ингибитором ангиотензинпревращающего фермента
- недигидропиридиновым антагонистом кальция

Для оценки мобильности пациента и риска падений рекомендуется проводить тест

- скорости ходьбы
- пятикратного подъема со стула
- «Встань и иди»
- подъема со стула

Всем пациентам с подозрением на ИБС при первичном обращении к врачу для определения вероятности наличия ИБС рекомендовано проводить

- скорости ходьбы
- пятикратного подъема со стула
- «Встань и иди»
- подъема со стула

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 71 лет поступила в приемное отделение после падения.

Дочь пациентки, которая ухаживает за ней, спросила нельзя ли уменьшить количество принимаемых лекарств, так как она не всегда может обеспечить точное соблюдение режима приёма препаратов.

Жалобы

На сильную боль в спине, преимущественно в поясничном отделе.

Анамнез заболевания

Около 20 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным подъемом АД до 200/120, 6 месяцев назад перенесла ОНМК с хорошим восстановлением. При ходьбе в умеренном темпе возникает одышка примерно через 300 метров. 10 лет назад был выявлен Сахарный диабет 2 типа. За 4 месяца до поступления начала принимать амлодипин 5 мг 2 раза в день. Через три недели от начала приема амлодипина появились отеки на ногах, к терапии добавили фуросемид 20 мг/сут и спиронолактон 25 мг/сут. Еще через три недели в связи с недержанием мочи врачом-урологом назначен оксибутинин 5 мг/сут. Последние несколько месяцев отмечает эпизоды гипогликемии (гликемия по данным самоконтроля до 3,2 ммоль/л), сопровождающиеся слабостью и сердцебиением. За три недели до обращения уровень HbA1c - 6,5% Накануне поступления пациентка в ванной потеряла равновесие и упала, ударившись локтем и спиной.

В анамнезе бронхиальная астма легкой степени тяжести, остеоартрит, гипотиреоз, депрессия.

Кроме вышеуказанных препаратов, также постоянно принимает метформин 1000 мг/сут, инсулин длительного действия, симвастатин, рабепразол, левотироксин, ибупрофен.

Анамнез жизни

- * Пациентка проживает в семье
- * Вредные привычки – отрицает
- * Профессиональных вредностей не имела
- * Аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. В сознании. Несколько заторможена. В пространстве и во времени ориентирована. Рост 164 см. Вес 68,4 кг. Кожные покровы чистые, нормальной окраски и влажности. На спине две гематомы в области поясницы и под лопаткой.

Отеков нет.

Дыхание везикулярное, свистящие сухие хрипы на выдохе.

Тоны сердца ритмичные. ЧСС 64 в 1 мин.; АД 150/96 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень пальпируется по краю реберной дуги.

Зрение: читает в очках. Слух немного снижен.

Для уточнения гериатрического статуса пациентки при обследовании необходимо провести

- скорости ходьбы
- пятикратного подъема со стула
- «Встань и иди»
- подъема со стула

Результаты обследования

УЗДГ сосудов шеи

Гемодинамически значимых нарушений кровотока не выявлено

Денситометрия

ЭГДС

Пищевод не деформирован, свободно проходим, слизистая не изменена, кардия зияет, небольшая скользящая грыжа ПОД, в желудке небольшое количество жидкости, слизистая оболочка желудка неравномерной окраски, складки сохранены, перистальтика прослеживается во всех отделах, привратник проходим, луковица 12-пк не деформирована, без язв, эрозий, рубцов.

УЗИ органов брюшной полости

Без особенностей

УЗИ почек

Без особенностей

24-часовое мониторирование артериального давления

За время мониторирования (24:38) средние значения АД составили 148 и 81 мм рт. ст., средняя ЧСС-83 в минуту. Умеренная тенденция к тахикардии в дневные часы (средняя ЧСС днем-86 в минуту). Степень снижения систолического (16%) и диастолического (16%) давления в ночные часы в пределах нормы (10-20%) – диппер. Индексы измерений за сутки: систолический - 15% (при дневном – 18%), диастолический - 4%. Максимальные значения САД и ДАД – 183 и 104 мм рт. ст. (все эпизоды повышения соответствуют пометкам в дневнике ходьба).

При проведении скрининга старческой астении у данной пациентки следует использовать

- скорости ходьбы
- пятикратного подъема со стула
- «Встань и иди»
- подъема со стула

Результаты обследования

Опросник «Возраст не помеха»

4 балла

Краткая батарея тестов физического функционирования

7 баллов

Визуально-аналоговая шкала боли

2 балла

Шкала оценки спутанности сознания

Делирия нет

Велоэргометрия

Толерантность к физической нагрузке снижена. Достичь субмаксимальной ЧСС не удалось из-за усталости пациента.

Корнельская шкала депрессии

9 баллов

Учитывая анамнез, результаты осмотра, скринингового обследования для выявления синдрома старческой астении и денситометрии, больной можно сформулировать предварительный клинический диагноз

- скорости ходьбы
- пятикратного подъема со стула
- «Встань и иди»

- подъема со стула

Диагноз

Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4. НК II. Состояние после ОНМК. Сахарный диабет 2 типа. Старческая астения. Повторные падения. Сенильный (постменопаузальный) остеопороз

Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4 (очень высокий). Состояние после ОНМК. Сахарный диабет 2 типа. Остеопороз

Синдром старческой астении. Остеопороз. Гипертоническая болезнь III ст. НК II

Синдром старческой астении

Для оптимизации фармакотерапии необходимо провести

- фармакогенетическое тестирование
- коррекцию лекарственной терапии так, чтобы осталось не более 5 препаратов
- пересмотр лекарственной терапии с использованием _STOPP/START_ критериев
- переход на курсовой прием противовоспалительных и гиполипидемических препаратов

К потенциально нерациональным лекарственным средствам у пациентки можно отнести

- левотироксин
- метформин
- фуросемид
- симвастатин

Прием лекарственного препарата + _____ + может стать причиной периферических отеков

- амлодипин
- симвастатин
- рабепразол
- левотироксин

Цепочку последовательного назначения амлодипина-фуросемида-оксибутина можно определить как

- «фармакологический каскад»
- рациональная фармакотерапия
- патогенетическая фармакотерапия
- полипрагмазия

Учитывая возраст пациента, количество одновременно принимаемых препаратов, применение потенциально нерациональных ЛС, необходимо рассмотреть возможность

- депрескрайбинга
- снижения дозы всех принимаемых препаратов
- замены иППП на антациды
- отмены психотропных препаратов

Из препаратов, которые принимает пациент с синдромом старческой астении, риск падений повышают

- симвастатин

- амлодипин
- рабепразол
- метформин

Учитывая возраст и наличие синдрома старческой астении, эпизодов гликемии, пациентке показано/показана

- проведение деинтенсификации сахароснижающей терапии
- отмена инсулина
- снижение дозы фуросемида
- отмена метформина

С учетом отсутствия показаний для назначения и низким риском развития кровотечений, а также наличия синдрома старческой астении с повторными падениями и остеопороза, пациентке необходимо отменить

- амлодипин
- симвастатин
- метформин
- рабепразол

Учитывая возраст пациента и наличие синдрома старческой астении, пациенту показано

- амлодипин
- симвастатин
- метформин
- рабепразол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 78 лет, обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

На слабость, утомляемость, колебания уровня глюкозы при самостоятельном измерении перед едой от 5 до 18 ммоль/л, выраженную боль в поясничном отделе позвоночника, частые головокружения и падения.

Анамнез заболевания

Страдает сахарным диабетом в течение 6 лет, уровень гликемии в дебюте не помнит. В начале заболевания был назначен метформин 1500 мг в сутки. Последние несколько лет принимает 1 таблетку гликлазида 60 мг перед завтраком, метформин 1000 мг 1 таблетка утром и 1 таблетка на ночь. Уровень гликемии контролирует по глюкометру. Наибольший уровень гликемии (до 18 моль/л) отмечает через 2 часа после приема пищи. У эндокринолога регулярно не наблюдается. Уровень гликированного гемоглобина не определялся. Диету не соблюдает.

Анамнез жизни

В анамнезе в возрасте 60 лет – компрессионный перелом L1.

5 лет назад диагностирован остеопороз, антиостеопоротическую терапию не получает.

Объективный статус

Сознание ясное. Температура тела – 36,6^oC. +

Рост – 160 см, вес – 72 кг, ИМТ – 28,1 кг/м². +
Кожные покровы чистые, нормальной окраски и влажности. +
Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17/мин. +
Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС – 68/мин, пульс – 68/мин
удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 138/90 мм рт. ст. +
Пульсация на периферических артериях сохранена. +
Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул
регулярный, оформленный. +
Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание
свободное, безболезненное. +
Чувствительность стоп: температурная сохранена; болевая и тактильная
снижены.

**К необходимым лабораторным методам обследования для мониторинга
состояния данной пациентки с сахарным диабетом относят определение**

- амлодипин
- симвастатин
- метформин
- рабепразол

Результаты обследования

Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c)

HbA1c 9,1% (N до 6%)

Соотношение альбумин/креатинин в анализе мочи

25 мг/ммоль (N 0-30)

Уровень кальция в крови

2,4 ммоль/л (норма: 2,2-2,55)

Уровень кальцитонина в крови

1,5 пг/мл (норма: менее 5,0)

Уровень ТТГ

2,7 МЕ/мл (норма: 0,4-4,0)

Уровень паратиреоидного гормона

20 пг/мл (N 16-46 пг/мл)

**Необходимым инструментальным методом обследования в рамках
мониторинга указанной пациентки является**

- амлодипин
- симвастатин
- метформин
- рабепразол

Результаты обследования

Электрокардиография

Ритм синусовый. ЧСС – 68/мин. ЭОС отклонена влево.

УЗИ почек

УЗ-признаки диффузных паренхимы почек. ЧЛС не изменена.

Эзофагогастродуоденоскопия

Недостаточность кардии. Дуоденогастральный рефлюкс.

Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей

УЗ-признаков тромбоза в системе глубоких и поверхностных вен не выявлено.

Признаки венозной недостаточности.

В рамках мониторинга пациентке необходим осмотр специалистов

- амлодипин
- симвастатин
- метформин
- рабепразол

Результаты обследования

Осмотр офтальмолога

Диабетическая непролиферативная ретинопатия. OS начальная катаракта.

Кабинет «Диабетическая стопа»

Дистальная диабетическая полинейропатия, сенсорная форма.

Осмотр гастроэнтеролога

Заключение: Хронический гастрит.

Осмотр уролога

Заключение: Стрессовое недержание мочи.

Осмотр гинеколога

Заключение: Миома матки малых размеров.

Целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c, %) у данной пациентки должен составлять менее + ____ + %

- 7,5
- 6,0
- 8,5
- 8,0

Целевым значением уровня артериального давления для этой пациентки является систолическое давление на уровне + _____ + мм рт. ст. и диастолическое давление на уровне + _____ + мм рт. ст

- 110-120; 65-75
- 120-130; 60-75
- 115-125; 80-90
- 130-140; 70-80

Основным требованием к сахароснижающим препаратам у пациентов пожилого возраста является

- наличие нейропротективного действия
- минимальный риск развития гипогликемии
- наличие нефропротективного действия
- наличие гепатопротективного действия

Учитывая наличие низкоэнергетического перелома позвонка в анамнезе пациентке показана терапия остеопороза препаратом

- стронция ранелат
- ибандронат
- терипаратид
- кальция

Диетические ограничения данному пациенту

- рекомендованы с полным исключением углеводов
- не рекомендованы

- рекомендованы с ограничением белка
- рекомендованы с ограничением калорийности

В связи с наличием у пациентки остеопороза в анамнезе для вторичной профилактики переломов к терапии необходимо добавить препарат

- железа
- кальция
- магния
- селена

Поддерживающей дозой препаратов витамина Д в составе комплексной терапии остеопороза у данной пациентки будет являться доза не менее + _____ + МЕ

- 1000
- 7000
- 1500
- 500

У пациента пожилого возраста с фракцией сердечного выброса менее 40% в качестве сахар снижающих препаратов предпочтительно назначение

- препараты сульфонилмочевины
- тиазолидиндионы
- ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов) (иНГЛТ-2)
- препараты акарбозы

У больных СД очень высокого риска необходимо добиваться снижения уровня ХЛНП менее + _____ + ммоль/л

- препараты сульфонилмочевины
- тиазолидиндионы
- ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов) (иНГЛТ-2)
- препараты акарбозы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет поступила в кардиологическое отделение больницы.

Жалобы

Анамнез заболевания

Длительное время отмечает повышение цифр АД с максимальным подъемом до 188/110 мм рт. ст., ежедневно принимает таблетки эналаприла 5 мг и бисопролола 5 мг в день.

Ухудшение самочувствия в течение последних 10 дней, когда стала отмечать нестабильность цифр АД на фоне постоянного приема антигипертензивной терапии.

Анамнез жизни

ОИМ, ОНМК, нарушения сердечного ритма, падения и переломы – отрицает. ХБП диагностирована 3 года назад.

Менопауза в 43 года. Б 2 Р 1.

Длительное время курит по 5 сигарет в сутки.

Социальный статус: образование высшее. Проживает одна на 5 этаже. Есть лифт. Вдова, есть дочь проживает отдельно. Трудностей в быту при самообслуживании не испытывает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Ориентирована в месте, времени, пространстве и собственной личности. Рост 154 см. Вес 85 кг. ИМТ 35 кг/м². Окружность талии 90 см. Телосложение - гиперстеник. Кожные покровы физиологичные, отмечается пастозность голеней, стоп. Аускультативно: в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 в мин. Рс 68 в мин. АД 170/72 мм рт. ст. Печень у края правой реберной дуги. Живот обычной формы мягкий, безболезненный. Склонность к запорам. Недержание мочи.

* Результаты комплексной гериатрической оценки (КГО): * шкала «Возраст не помеха» - 3 балла. Индекс активности в повседневной жизни (Бартел) – 100 баллов. Инструментальная активность (Лоутон) – 8 баллов. Шкала Нортон 11 баллов. Шкала Морсе 15 баллов. Визуально-аналоговая шкала 2 балла. Краткая батарея тестов физического функционирования – 10 баллов. Ортостатическая проба – отрицательная. Тест MMSE (КШОПС) 26 баллов. Тест рисования часов 9 баллов. Краткая шкала оценки питания (MNA) – 24 балла. Гериатрическая шкала депрессии 3 балла. Сенсорные дефициты – снижение слуха.

Результаты инструментальных обследований:

Лодыжечно-плечевой индекс 0,8

Скорость пульсовой волны «каротидно-фemorальной» 15 м/сек

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 65 уд в мин. ЭОС отклонена влево. АВ блокада 2 степени. Индекс Соколова-Лайона - 40 мм

Эхокардиография: индекс ММЛЖ: 105 г/м²

Для оценки функциональной активности у пациентов пожилого и старческого возраста применяют

- препараты сульфонилмочевины
- тиазолидиндионы
- ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов) (иНГЛТ-2)
- препараты акарбозы

Результаты обследования

Шкала Бартел

Бартел 100 баллов

Шкала Лоутон

Лоутон 8 баллов

Шкала Нортон

11 баллов

Шкала Морсе

15 баллов

Визуально-аналоговая шкала

2 балла

Тест MMSE (КШОПС)

26 баллов

К обязательным лабораторным методам исследования относятся

- препараты сульфонилмочевины
- тиазолидиндионы
- ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов) (иНГЛТ-2)
- препараты акарбозы

Результаты обследования

Общий (клинический) анализ крови и мочи

Общий анализ крови

[cols=",^,^,^"]

|=====

| Гемоглобин [HGB] | 138.0 | 120.0-140.0 | г/л
 | Эритроциты [RBC] | 4.46 | 3.90-4.70 | 10¹²/л
 | Среднее содержание гемоглобина в эритроците [MCH] | 30.9 | 27.0-34.0 | пг
 | Цветовой показатель | 0.93 | 0.85-1.05 | -
 | Средняя концентрация гемоглобина в эритроц. [MCHC] | 342 | 300-380 | г/л
 | Средний объем эритроцита [MCV] | 90.3 | 80.0-100.0 | фл
 | Гематокрит [HCT] | 40.3 | 36.0-42.0 | %
 | Тромбоциты [PLT] | 274.0 | 180.0-320.0 | 10⁹/л
 | Тромбокрит [PCT] | 0.27 | 0.15-0.40 | %
 | Средний объем тромбоцита [MPV] | 9.90 | 7.40-10.40 | фл
 | Лейкоциты [WBC] | 6.8 | 4.0-9.0 | 10⁹/л
 | Лимфоциты [LYM%] | 20.0 | 19.0-37.0 | %
 | Базофилы [BA%] | 0.6 | 0.0-1.5 | %
 | Моноциты [MON%] | 6.2 | 3.0-11.0 | %
 | Нейтрофилы [NE%] | 70.20 | 42.00-72.00 | %
 | Эозинофилы [EO%] | 3.0 | 0.0-5.0 | %
 | Скорость оседания эритроцитов по Вестергрену | 14 | 0-30 | мм/ч

|=====

Общий анализ мочи

[cols=",^,^,^",]

|=====

| Цвет | Желтый | | -
 | Прозрачность | Полная | Полная | -
 | Отн. плотность | 1,030 | 1,003-1,040 | Отн. ед.
 | pH | 5,5 | 5-7 | -
 | Белок | Не обнаруж. | 0-0,03 | -
 | Глюкоза | Не обнаруж. | Не обнаружена | -
 | Лейкоциты | Не обнаруж. | | 1/мкл
 | Кетоновые тела | Не обнаруж. | Не обнаружены | -
 | Нитриты | Не обнаруж. | Не обнаружены | -
 | Уробилиноиды | 1,6 | 0-1 | -
 | Билирубин | Не обнаруж. | Не обнаружен | -
 | Эритроциты | Не обнаруж. | | 1/мкл
 | Эпителий плоский | Единично | | Кол/п.зр.
 | Лейкоциты (микр. осадка) | Единично | Мужчины: 0-2 +
 Женщины: 0-3 | Кол/п.зр.

|=====

Исследование глюкозы в плазме крови (натощак)

[cols=" , ^, ^, ^", options="header"]

=====

Общий белок	73	65-87	г/л
Мочевина	5,5	1,7-8,3	ммоль/л
Остаточный азот	21	13,4-26,6	ммоль/л
Глюкоза	5,90	4,20-6,40	ммоль/л
Креатинин	93	44-115	мкмоль/л
Мочевая кислота	325	140-340	мкмоль/л
Билирубин общий	13,6	2,0-21,0	мкмоль/л
Холестерин общий	4,8	3,0-5,7	ммоль/л
Триглицериды	*1,80*	0,60-1,70	ммоль/л
Хс-ЛПНП	2,9	0,0-3,2	ммоль/л
АЛТ	20,0	5,0-34,0	МЕ/л
АСТ	19,0	5,0-31,0	МЕ/л
Калий	5,17	3,40-5,30	ммоль/л
Натрий	139,0	130,0-157,0	ммоль/л

=====

Определение липидов крови

[cols=" , ^, ^, ^", options="header"]

=====

Общий белок	73	65-87	г/л
Мочевина	5,5	1,7-8,3	ммоль/л
Остаточный азот	21	13,4-26,6	ммоль/л
Глюкоза	5,90	4,20-6,40	ммоль/л
Креатинин	93	44-115	мкмоль/л
Мочевая кислота	325	140-340	мкмоль/л
Билирубин общий	13,6	2,0-21,0	мкмоль/л
Холестерин общий	4,8	3,0-5,7	ммоль/л
Триглицериды	*1,80*	0,60-1,70	ммоль/л
Хс-ЛПНП	2,9	0,0-3,2	ммоль/л
АЛТ	20,0	5,0-34,0	МЕ/л
АСТ	19,0	5,0-31,0	МЕ/л
Калий	5,17	3,40-5,30	ммоль/л
Натрий	139,0	130,0-157,0	ммоль/л

=====

Определение электролитов крови и мочевой кислоты

[cols=" , ^, ^, ^", options="header"]

=====

Общий белок	73	65-87	г/л
Мочевина	5,5	1,7-8,3	ммоль/л
Остаточный азот	21	13,4-26,6	ммоль/л
Глюкоза	5,90	4,20-6,40	ммоль/л
Креатинин	93	44-115	мкмоль/л
Мочевая кислота	325	140-340	мкмоль/л
Билирубин общий	13,6	2,0-21,0	мкмоль/л

| Холестерин общий | 4,8 | 3,0-5,7 | ммоль/л
| Триглицериды | *1,80* | 0,60-1,70 | ммоль/л
| Хс-ЛПНП | 2,9 | 0,0-3,2 | ммоль/л
| АЛТ | 20,0 | 5,0-34,0 | МЕ/л
| АСТ | 19,0 | 5,0-31,0 | МЕ/л
| Калий | 5,17 | 3,40-5,30 | ммоль/л
| Натрий | 139,0 | 130,0-157,0 | ммоль/л
|====

Определение уровня креатинина крови и расчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI

Скорость клубочковой фильтрации (по формуле СКD-EPI): 53 мл/мин/1,73 м²

Витамин 25(ОН)D

20 нг/мл

Учитывая данные жалоб, анамнеза, данные объективного осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, можно выставить предварительный диагноз

- препараты сульфонилмочевины
- тиазолидиндионы
- ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов) (иНГЛТ-2)
- препараты акарбозы

Диагноз

ГБ II стадии. Степень АГ 3. Ожирение II степени. ГЛЖ. ХБП С3 стадии. Риск 4 (очень высокий). Целевой уровень АД 140-150/70-79 мм рт. ст

ГБ I стадии. Степень АГ 2. Ожирение II степени. ГЛЖ. ХБП С3 стадии. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130-139/70-79 мм рт. ст

ГБ III стадии. Неконтролируемая АГ. Ожирение II степени. ГЛЖ. ХБП С3 стадии. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 140-150/70-80 мм рт. ст

ГБ I стадии. Степень АГ 2. Риск 2 (умеренный). Целевой уровень АД 130-139/70-79 мм рт. ст

Для выявления гипертрофии левого желудочка первоначально рекомендуется выполнить

- сцинтиграфию миокарда
- электрокардиографию (ЭКГ)
- ЭКГ-тест с нагрузкой
- МРТ сердца

При атриовентрикулярной блокаде 2-3 степени к абсолютным противопоказаниям относится назначение

- ингибиторов АПФ
- бета-адреноблокаторов
- антагонистов альдостероновых рецепторов
- антагонистов кальция дигидропиридинового ряда

У пожилых пациентов с гипертрофией левого желудочка и ХБП наиболее целесообразной будет комбинация

- метилдопа с антагонистом кальция
- бета-адреноблокаторы + дигидропиридиновый антагонист кальция
- блокатор рецепторов к ангиотензину/ингибитор АПФ с петлевым диуретиком
- блокаторы рецепторов к ангиотензину/ингибиторы АПФ с дигидропиридиновым антагонистом кальция

Немедикаментозные методы лечения АГ у данной пациентки, помимо отказа от курения должны включать

- увеличение потребления овощей
- лазеротерапию на область сонных артерий
- отказ от приема легкоусваиваемых углеводов
- увеличение потребления белковой пищи

У пациента со старческой астенией, которому назначена антигипертензивная терапия, целевой уровень систолического артериального давления должен быть в пределах + _____ + мм рт. ст

- 110 - 120
- 120 - 130
- 130 - 140
- 140 – 150

Для оценки статуса питания рекомендуется выполнить

- шкалу «Возраст не помеха»
- кистевую динамометрию
- краткую шкалу оценки питания (_Mini Nutritional assessment, MNA_)
- тест пятикратного подъема со стула

С целью выявления ортостатической гипотонии рекомендуется проводить

- оценку скорости ходьбы
- тест «Встань и иди»
- краткую батарею тестов физического функционирования
- ортостатическую пробу

С целью выявления сенсорных дефицитов и потенциально модифицируемых факторов риска формирования и прогрессирования старческой астении, и других гериатрических синдромов рекомендуется оценить

- состояние зрения и слуха
- шкалу оценки здоровья
- шкалу Лоутон
- шкалу Бартел

Для оценки риска падений и выявления нарушений походки рекомендуется выполнить

- состояние зрения и слуха
- шкалу оценки здоровья
- шкалу Лоутон
- шкалу Бартел

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 72 лет, обратилась к врачу-гериатру.

Жалобы

Слабость, повышение уровня глюкозы по глюкометру до 18 ммоль/л, страх падений, периодическое повышение уровня АД до 180/90 мм рт. ст., чувство нехватки воздуха, головокружения, одышку при ходьбе, отечность нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Страдает сахарным диабетом в течение 15 лет, уровень гликемии в дебюте – 14 ммоль/л. В дебюте заболевания были назначены пероральные сахароснижающие препараты: глибенкламид – 3,5 мг 1 таблетка в сутки, метформин 1000 мг в сутки. Последние несколько лет до настоящего обращения получала следующую терапию: глибенкламид – 3,5 мг 2 таблетки перед завтраком и 2 таблетки перед ужином, метформин – 1000 мг по 1 таблетке утром и 1 таблетке на ночь. Уровень гликемии контролирует по глюкометру. Дневник самоконтроля не ведет. Уровень гликемии натошак колеблется от 14 до 17 ммоль/л. У эндокринолога наблюдается редко. Диету не соблюдает. Принимает колекальциферол 2000 МЕ (нерегулярно). Отмечает периодические гипогликемические состояния, которые сопровождаются головокружением, слабостью, дрожью в теле, потливостью, данные состояния быстро купируются приемом сладкой пищи.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь около 8 лет, принимает периндоприл 10 мг в сутки. Перенесла инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST по нижней стенке 5 лет назад. Хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса (ФР 40%) в течение 4 лет.

Объективный статус

Рост – 156 см. Вес – 72 кг. ИМТ – 29,5 кг/м².

Сознание ясное. Температура тела – 36,6°C.

При разговоре одышки нет.

Кожные покровы бледные.

Пастозность голеней и стоп. Пульсация на периферических артериях сохранена.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс – 68/мин удовлетворительного наполнения и напряжения.

АД – 158/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Чувствительность стоп: температурная сохранена; болевая снижена; тактильная снижена.

Необходимыми лабораторными методами обследования для мониторинга пациентки с сахарным диабетом являются

- состояние зрения и слуха
- шкалу оценки здоровья
- шкалу Лоутон
- шкалу Бартел

Результаты обследования

Исследование гликированного гемоглобина (HbA1c)

HbA1c 8,5%

Липидный профиль (общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды)

[cols=",^,^",options="header"]

|=====

^| Показатель | Значение | Референсный диапазон

| холестерин общий | 6,5 ммоль/л | Менее 4,5

| триглицериды | 2,4 ммоль/л | Менее 1,7

| ЛПВП | 1,02 ммоль/л | Более 1,3

| ЛПНП | 3,4 ммоль/л | Менее 1,4

|=====

Биохимический анализ крови (белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, мочеви́на, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ)

[cols=",^,^",options="header"]

|=====

^| Показатель | Значение | Референсный диапазон

| общий белок | 75,3 г/л | 62--81

| мочеви́на | 12,5 ммоль/л | 2,9--8,2

| креатинин | 89 мкмоль/л | 50-98

| СКФ | 57 мл/мин | Более 90

| билирубин общий | 8,4 мкмоль/л | 3,4--20,5

| натрий | 142 ммоль/л | 135-155

| калий | 4,1 ммоль/л | 3,4-5,3

| АСТ | 23 | 0-35

| АЛТ | 19 | 0-30

|=====

Определение альбуминурии в суточной моче

18,4 мг/24 часа (норма <30)

Исследование паратгормона крови

3,9 пмоль/л (1,6-6,9)

Определение кальцитонина крови

1,5 пг/мл (менее 5,0)

К необходимым инструментальным методам обследования в рамках мониторинга больных сахарным диабетом 2 типа относят

- состояние зрения и слуха
- шкалу оценки здоровья
- шкалу Лоутон
- шкалу Бартел

Результаты обследования

Электрокардиография

Ритм синусовый. ЧСС – 68/мин. ЭОС отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки

Легкие без очаговых и инфильтративных изменений.

Контроль АД

АД – 158/90 мм рт. ст.

УЗИ органов брюшной полости

УЗ-признаки диффузных изменений печени, диффузных изменений поджелудочной железы и почек

ЭФГДС

Недостаточность кардии. Дуоденогастральный рефлюкс.

УЗДГ вен нижних конечностей

УЗ-признаков тромбоза в системе глубоких и поверхностных вен не выявлено.

Признаки венозной недостаточности.

В рамках мониторинга больных сахарным диабетом 2 типа пациентке в обязательном порядке необходим осмотр

- состояние зрения и слуха
- шкалу оценки здоровья
- шкалу Лоутон
- шкалу Бартел

Результаты обследования

Осмотр офтальмолога

Диабетическая непролиферативная ретинопатия. OS начальная катаракта.

Осмотр гастроэнтеролога

ГЭРБ, хр. гастрит вне обострения

Осмотр невролога

Диабетическая симметричная дистальная сенсорная нейропатия нижних конечностей

Осмотр гинеколога

Миома матки малых размеров

Целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}, %) у данной пациентки должен быть менее + ___ + %

- 7,0
- 8,5
- 8,0
- 7,5

Целевое значения холестерина ЛНП для этой пациентки должно составлять менее + _____ + ммоль/л

- 1,8
- 1,4
- 2,5
- 4,5

Целевое значение систолического артериального давления для этой пациентки должно быть + ___ + мм рт. ст

- ≥ 140 и < 150
- ≥ 120 и < 130
- ≥ 130 и < 140
- ≥ 110 и < 120

У лиц пожилого возраста предпочтение следует отдавать использованию

- сахароснижающих препаратов с максимальной эффективностью
- инсулина пролонгированного действия
- инсулина короткого действия
- сахароснижающих препаратов с низким риском гипогликемий

Из перечня принимаемых пациенткой препаратов, согласно современным представлениям, не рекомендован

- метформин
- глибенкламид
- колекальциферол
- периндоприл

С целью лечения гиперхолестеринемии в качестве препарата первой линии данной пациентке необходимо назначить препарат из группы

- ингибиторов абсорбции холестерина в кишечнике
- фибратов
- ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK-9)
- статинов

Диетические ограничения данной пациентке

- рекомендованы с ограничением калорийности
- рекомендованы с ограничением белка
- рекомендованы с исключением углеводов
- не рекомендованы

В связи с перенесенным ранее ИМ для вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке рекомендован прием

- клопидогрела
- тикагрелора
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

У лиц пожилого возраста с ХСН предпочтение имеют сахароснижающие препараты из группы

- клопидогрела
- тикагрелора
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 75 лет, обратился к врачу-гериатру.

Жалобы

Слабость, быструю утомляемость, ощущение неритмичного учащенного сердцебиения при незначительной физической нагрузке, сопровождающееся одышкой, на появление отеков ног до уровня коленных суставов, на головокружение, шаткость при ходьбе и страх падений.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы появились три недели назад, на даче, прогрессивно ухудшались, в прошлом пациент отмечает появление эпизодов сердцебиения при физической нагрузке длительностью до 30 минут, к врачам в связи с этими эпизодами не обращался.

Анамнез жизни

Около пяти лет гипертоническая болезнь, постоянно принимает эналаприл 20

мг/сутки, на фоне чего артериальное давление стабилизировалось на уровне 120-130/70-80 мм рт. ст.

Вакцинация согласна дневнику прививок: вакцинация от COVID-19 и вируса гриппа ежегодно, вакцинация от пневмококковой инфекции в 70 лет, ревакцинация от дифтерии и столбняка в 69 лет.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Рост – 176 см. Вес – 72 кг. ИМТ – 26,4 кг/м².

Сознание ясное. Температура тела – 36,6°C.

При разговоре одышка.

Кожные покровы бледные.

Пастозность голеней и стоп. Пульсация на периферических артериях сохранена.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 24/мин. Тоны сердца не ритмичные, приглушены, шумов нет. Пульс – 110-120/мин. ЧСС – 120-130/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Чувствительность стоп: температурная, болевая и тактильная сохранена

С целью верификации диагноза пациенту необходимо выполнить

- клопидогрела
- тикагрелора
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

Результаты обследования

Электрокардиография

Суточное мониторирование ЭКГ

Основной ритм: фибрилляция предсердий с ЧСС 80-160 ударов. В минуту днем и 70-120 ударов в минуту ночью. Диагностически значимой динамики сегмента ST не обнаружено

Эхокардиография

Сократительная способность левого желудочка сохранена (ФВ 65%), зон гипо- или акинеза не обнаружено, незначительная дилатация левого предсердия.

Стенки левого желудочка не утолщены, клапанный аппарат сердца без изменений.

Суточное мониторирование артериального давления

Из 46 измерений, валидно 12. САД в течение дня 90-108-130 мм рт. ст., ДАД 68-72-80 мм рт. ст., САД в течение ночи 86-94-106 мм рт. ст., и ДАД 66-70-78 мм рт. ст.

Коронароангиография

Коронарные артерии без изменений

Спирометрия

Данных за бронхообструкцию не выявлено

При принятии решения вопроса о плановом восстановлении синусового ритма пациенту будет рекомендовано проведение

- клопидогрела

- тикагрелора
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

Результаты обследования

Чреспищеводная эхокардиография

Тромба в полости левого желудочка не обнаружено.

Трансторакальная эхокардиография

Сократительная способность левого желудочка сохранена (ФВ 65%), зон гипо- или акинеза не обнаружено, дилатация левого предсердия, стенки левого желудочка не утолщены, клапанный аппарат сердца без изменений.

Эзофагогастродуоденоскопия

Недостаточность кардии. Дуоденогастральный рефлюкс.

Бронхоскопия

Патологии не обнаружено.

Предполагаемый диагноз пациента

- клопидогрела
- тикагрелора
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

Диагноз

Фибрилляция предсердий, впервые выявленная

Суправентрикулярная АВ-узловая тахикардия

Фибрилляция желудочков, впервые выявленная

Синусовая тахикардия

Для оценки риска развития острого нарушения мозгового кровообращения у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) используется шкала

- **_CHA2DS2-VASc_**
- **_SCORE_**
- **_HASBLED_**
- **_EHRA_**

Постоянный прием пероральных антикоагулянтов с целью профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендован пациентам мужского пола с ФП с суммой баллов по шкале CHA2DS2-VASc \geq

- 4
- 1
- 2
- 5

Для оценки риска кровотечений у пациентов с ФП используют шкалу

- **_HAS-BLED_**
- **_METAVIR_**
- Чайлд — Пью
- Глазго

С пациентом обсуждены стратегии контроля-ритма и контроля-частоты. Пациент категорически отказывается от мероприятий направленных на контроль-ритма. В качестве пульс-урежающей терапии целесообразно рекомендовать прием препарата из группы

- бета-адреноблокаторов
- селективного ингибитора If-каналов синусового узла
- альфа-адреноблокаторов
- дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов

С учетом высокого риска развития инсульта пациенту рекомендован прием

- пероральных антикоагулянтов
- ингибиторов P2Y₁₂
- антиагрегантов
- низкомолекулярных гепаринов

Контроль уровня МНО необходим при терапии

- ривароксабаном
- апиксабаном
- дабигатраном
- варфарином

При полном отсутствии симптомов аритмии целевое значение ЧСС в покое должно быть не выше + _____ + ударов в минуту

- 80
- 130
- 110
- 60

Для оценки риска падений у пациента рекомендовано проведение

- теста «5 подъемов со стула»
- теста «встань и иди»
- импедансометрии с определением содержания мышечной и жировой массы
- динамометрии

Для оценки риска перелома пациенту рекомендовано

- теста «5 подъемов со стула»
- теста «встань и иди»
- импедансометрии с определением содержания мышечной и жировой массы
- динамометрии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 74 лет, направлена врачом-терапевтом на консультацию к врачу-гериатру.

Жалобы

Слабость, отсутствие сил и настроения, стала значительно реже выходить на улицу, общаться с друзьями, снижение памяти, падение дома.

Анамнез заболевания

В течение года отмечает постепенное нарастание выше перечисленных жалоб. 3 месяца назад – падение дома, в ванной комнате, завершилось гематомой на

бедре, переломов не было. Обращалась к терапевту, проводилось стандартное обследование, причина не выявлена. Проведен скрининг по шкале «Возраст не помеха» - 4 балла, в связи с чем пациентка направлена в гериатрический кабинет на консультацию к врачу гериатру.

Анамнез жизни

* 17 лет гипертоническая болезнь, максимальные цифры АД 170/100 мм рт. ст. Регулярно принимает амлодипин 5 мг/сутки, лозартан 20 мг/сутки. ОИМ, ОНМК, сахарный диабет отрицает.

* Узловой зуб, гипотиреоз, компенсированный приемом эутирокса 50 мкг/сутки

* Перенесенные операции: ампутация матки по поводу миомы больших размеров.

* Вредные привычки отрицает.

* Инвалидности нет. Ранее работала бухгалтером, на пенсии с 62 лет.

* Проживает с мужем в 2-х комнатной квартире на 4 этаже 5-ти этажного дома без лифта. Есть сын, который живет отдельно, навещает раз в неделю, приносит продукты.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Рост 163 см, масса тела 74 кг, ИМТ 27,8 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,8°C. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 68 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание без особенностей. Стул склонен к запорам.

Для оценки риска падений пациентке в первую очередь необходимо провести

- теста «5 подъемов со стула»
- теста «встань и иди»
- импедансометрии с определением содержания мышечной и жировой массы
- динамометрии

Результаты обследования

Тест «Встань и иди»

26 сек

Тест пяти подъемов со стула

23 секунды

Кистевая динамометрия

15 кг

Оценка риска переломов по алгоритму FRAX

17%

Для выявления факторов риска падений пациентке необходимо выполнить

- теста «5 подъемов со стула»
- теста «встань и иди»
- импедансометрии с определением содержания мышечной и жировой массы
- динамометрии

Результаты обследования

Комплексная гериатрическая оценка

Базовая функциональная активность по индексу Бартел 90/100 баллов

Инструментальная активность по шкале Лоутон 7/8 баллов

Краткая шкала оценки питания 26/30 балла

Краткая батарея тестов физического функционирования - 7 баллов

Гериатрическая шкала депрессии 2/15 балла

MMSE 26/30 баллов

Оценка риска падений по шкале самооценки риска падений

5 баллов

Оценка риска падений по шкале Морсе

25 баллов

Оценка риска переломов по алгоритму FRAX

17%

При анализе факторов риска падений при физическом исследовании необходимо обязательно оценить

- теста «5 подъемов со стула»
- теста «встань и иди»
- импедансометрии с определением содержания мышечной и жировой массы
- динамометрии

Результаты обследования

ЧСС

ЧСС 68 в минуту

Ортостатические изменения АД

Ортостатическая проба отрицательная

ЧДД

17 в минуту

Кистевая динамометрия

15 кг

Рост

163

Масса тела

74 кг

В многофакторную оценку риска падений входит

- теста «5 подъемов со стула»
- теста «встань и иди»
- импедансометрии с определением содержания мышечной и жировой массы
- динамометрии

Результаты обследования

Изучение лекарственного анамнеза

Пациентка принимает амлодипин 5 мг/сутки, лозартан 20 мг/сутки, эутирокс 50 мкг/сутки

Консультация психиатра

Депрессии, делирия нет. Другие психические расстройства не выявлены.

КТ головного мозга

МСКТ данных за «свежие» очаговые или объемные изменения вещества головного мозга не получено. МСКТ-признаки умеренно выраженных атрофических изменений паренхимы лобных и теменных долей мозга. Костные структуры черепа на исследуемом уровне без видимых «свежих» костно-травматических изменений.

Изучение вредных привычек в анамнезе

Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает, наркотические и психотропные препараты не употребляет.

Все пациенты пожилого возраста с падениями должны быть проконсультированы у

- ревматолога
- офтальмолога
- гинеколога
- кардиолога

Данные краткой батареи тестов физического функционирования соответствуют

- ревматолога
- офтальмолога
- гинеколога
- кардиолога

Диагноз

Старческая астения

Преастения

Отсутствие старческой астении

Тяжелая старческая астения

К общим мерам по профилактике падений относятся

- ежегодная консультация ортопеда
- когнитивный тренинг
- регулярное выполнение КТ головного мозга
- питание с повышенным содержанием углеводов

У пациентки со старческой астенией и падениями необходимо в тактике ведения артериальной гипертензии

- назначать комбинированную антигипертензивную терапию с использованием 3 и более препаратов
- избегать назначения 3 и более антигипертензивных препаратов
- достигать и поддерживать целевого САД 130-140 мм рт. ст
- регулярно консультировать у врача-кардиолога

Пациентке с падениями необходимо назначить

- препараты витамина D
- любой препарат из группы НПВП
- препараты железа
- хондроитин сульфат

Рекомендации по вопросам питания включают

- повышенное содержание углеводов
- пониженное содержание белков
- повышенное содержание жиров
- повышенное содержание белка

В квартире, где проживает пациентка, тусклое освещение, нет прикроватной тумбочки, нет прикроватной лампы. В ванной комнате отсутствуют поручни. Пациентка ходит по дому в комнатных тапочках без задника. Рекомендацией по организации безопасной обстановки будет

- заменить комнатные тапочки на уличные туфли на плоской подошве
- заменить комнатные тапочки на хождение по квартире босиком или в носках
- подобрать трость для передвижения по комнате
- заменить комнатные тапочки на ортопедическую обувь, фиксирующую стопу

Диспансерное наблюдение пациентки должен осуществлять врач

- кардиолог
- общей практики
- терапевт
- гериатр